



# Questionnaire Hôpital de jour chirurgical

Vous êtes hospitalisé(e) dans  
l'unité de soins :

## 1. Vous êtes de sexe :

- Féminin  
 Masculin

## 2. Quel est votre âge :

- < 18 ans       18 - 29 ans       30 - 44 ans  
 45 - 59 ans       60 - 74 ans       > 74 ans

### Avant le séjour

#### Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



3. Lors de la consultation préopératoire, j'ai reçu toutes les informations nécessaires sur la façon dont je devais me préparer pour mon intervention.

4. J'ai été informé(e) sur le coût de mon séjour à l'hôpital.

5. L'accueil au bureau d'admission a été chaleureux.

### Le jour de l'intervention : Communication

#### Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



6. J'ai été informé(e) sur le déroulement de la journée et les éventuels délais d'attentes.

7. J'ai reçu de la part des médecins des explications et des réponses claires et compréhensibles sur mon intervention et mon traitement.

8. J'ai reçu de la part des infirmières des explications et des réponses claires et compréhensibles sur mon intervention et mon traitement.

9. Tout le personnel de l'hôpital m'a donné les mêmes informations (cohérentes et concordantes).

### Le jour de l'intervention : Relation avec le personnel

#### Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



10. L'accueil dans le service a été chaleureux.

11. Les membres du personnel se sont présentés à moi avec leurs noms et fonctions.

12. Les médecins ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.

13. Les infirmières ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.

14. L'accueil dans le bloc opératoire a été chaleureux.

15. J'ai apprécié la prise en charge en salle de réveil.

16. J'ai le sentiment d'avoir été traité(e) avec respect et que ma dignité a été préservée.

17. Le personnel a respecté la confidentialité de mes informations (conversations,...).



### Le jour de l'intervention : Qualité des soins

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Le personnel a fait tout son possible pour soulager rapidement mes douleurs.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Lorsque j'ai eu besoin d'aide pour manger ou aller aux toilettes, je l'ai obtenu en temps voulu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Le jour de l'intervention : Environnement

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Je me suis orienté(e) facilement à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Les locaux sont propres (chambres, couloirs,...).                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. L'environnement est confortable (lit, fauteuil, sanitaires, température, lumières,...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. L'aménagement des locaux permet de respecter la confidentialité des soins.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. J'ai apprécié le repas ou la collation (quantité, présentation, variété,...).           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. L'environnement était calme et m'a permis de me reposer.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Sortie de l'hôpital

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. J'ai été informé(e) suffisamment tôt de l'heure de ma sortie.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. J'ai reçu les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (règles concernant le mode de vie, le repos et le travail, l'utilisation de médicaments ou de matériel, les rendez-vous de contrôle,...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Appréciation générale

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. Globalement, je suis satisfait(e) de mon séjour à l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

