

# e-Satis en Chirurgie ambulatoire

## Questionnaire



### Donnez votre avis sur votre hospitalisation

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé dans un établissement pour une opération en ambulatoire. Il s'agit d'une opération ou d'une intervention pour laquelle l'entrée se fait le jour même de l'opération et la sortie quelques heures après celle-ci.

Suite à cette opération / intervention, nous souhaitons recueillir votre avis.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

[Commencer le questionnaire](#)

**Vos réponses sont importantes.** Elles permettront à votre hôpital ou clinique de connaître les points positifs de votre séjour et ceux qu'il peut améliorer, mais aussi de lui attribuer une note de satisfaction, consultable sur le site [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr).

Vous pouvez à tout moment interrompre la réponse à ce questionnaire, et y revenir plus tard. Vos réponses resteront enregistrées. Le questionnaire est accessible durant les 12 semaines suivant votre sortie de l'établissement de santé.

#### Cas particuliers :

- Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans, vous pouvez répondre au questionnaire à sa place en prenant en compte son hospitalisation.
- Si votre enfant a entre 14 et 17 ans, vous pouvez répondre à sa place ou répondre avec lui.

**Les parents/proches/aidants peuvent répondre à la place ou avec une personne en incapacité de le faire** (sans email, personne âgée, personne diminuée physiquement, psychiquement, sous tutelle...).

#### Une question ?

C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui mène cette enquête nationale de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Vous pouvez la contacter [par courriel](#).

Par avance merci de votre participation.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, cliquez ici pour [vous désinscrire](#).

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant auprès de l'ATIH : [Vous désinscrire](#)

---

**Avez-vous été hospitalisé(e) dans notre établissement pour une opération / intervention ?**

- Oui  Non

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si non, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, car il n'est pas adapté à votre hospitalisation. Nous vous remercions d'avoir participé.

---

**Cette opération / intervention a-t-elle été réalisée en urgence ?**

- Oui  Non

Si non, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si oui, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, car il n'est pas adapté à votre hospitalisation. Nous vous remercions d'avoir participé.

---

**Pour cette opération / intervention, êtes-vous sorti(e) de l'établissement le jour même (opération / intervention en ambulatoire) ?**

- Oui / Non, je suis resté(e) hospitalisé(e) la nuit dans l'établissement (ou dans un autre établissement) / Non, je ne devais pas sortir le jour même de mon opération

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

---

## Généralités

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Lors de votre hospitalisation, avez-vous eu une anesthésie générale (Etiez-vous totalement endormi(e)) ?**

- Oui / Non / Je ne me souviens plus
- 

**Est-ce votre 1ère opération / intervention en ambulatoire (ambulatoire signifie hospitalisation durant la journée sans nuit passée dans l'établissement de santé) ?**

- Oui / Non / Je ne me souviens plus

[Attention les questions suivantes portent sur votre dernière intervention / opération dans cet établissement](#)

---

**Ce questionnaire est rempli par :**

- Le patient  Un parent ou un proche  Le patient avec un parent ou un proche

[Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même.](#)

---

## Avant votre hospitalisation pour une chirurgie ambulatoire

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Avant votre hospitalisation pour votre opération, lors des consultations, avez-vous reçu des informations sur :**

la nécessité d'une personne pour vous accompagner lors de votre retour à domicile ?	<input type="radio"/> Oui / Non / Je ne me souviens plus
votre opération / intervention dans l'établissement (horaires d'admission, consignes de jeûne, ...) ?	<input type="radio"/> Oui / Non / Je ne me souviens plus

**Vous-a-t-on remis une ordonnance avant votre hospitalisation (prescription de médicaments pour soulager une éventuelle douleur) ?**

Oui / Non / Je ne me souviens plus

**Avant votre hospitalisation, avez-vous été contacté par l'établissement pour vous rappeler les consignes avant votre opération / intervention (sms, appel téléphonique, message sur répondeur) ?**

Oui / Non / Je ne me souviens plus

**Avez-vous reçu un passeport ambulatoire / livret d'accueil (document d'information concernant votre opération / intervention) ?**

Oui / Non / Je ne me souviens plus

**Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le passeport ambulatoire / livret d'accueil ?**

Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Avant votre hospitalisation, les professionnels ont-ils répondu à toutes vos questions ?**

Oui / Non, je n'ai eu aucune réponse à mes questions / Je n'ai pas eu de questions à poser

**Que pensez-vous de la clarté des réponses des professionnels ?**

Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Que pensez-vous de la façon dont les professionnels ont su vous rassurer, vous détendre, vous mettre en confiance avant votre hospitalisation ?**

Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Que pensez-vous de l'ensemble des informations que vous avez reçues de la part des professionnels (anesthésiste, chirurgien, infirmiers(es), aide-soignants(es)...) avant votre hospitalisation (explications sur votre état de santé, votre opération, la préparation de votre hospitalisation, les complications possibles,...) ?**

Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge avant votre hospitalisation ?**

Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

## Votre Accueil le jour de l'hospitalisation

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Que pensez-vous de la simplicité / facilité des démarches administratives dans l'établissement ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous de l'accessibilité jusqu'au service où a eu lieu votre opération / intervention (accès, signalétique) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel lors de votre admission dans le service où a eu lieu votre opération / intervention (explications sur le déroulement de la journée, politesse, amabilité) ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous de l'identification (présentation, badge,...) des professionnels (anesthésiste, chirurgien, infirmiers(es), aide-soignants(es)...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'accueil dans l'établissement le jour de votre opération / intervention ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

## La Prise en charge pendant l'hospitalisation

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Quelle est votre satisfaction vis-à-vis de l'attente avant votre opération / intervention ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Dans le bloc opératoire, que pensez-vous de la façon dont les professionnels ont su vous rassurer, vous détendre, vous mettre en confiance ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Après votre opération / intervention, avez-vous eu des douleurs ?**

- Extrêmement intenses  Intenses  Modérées  Faibles  Pas de douleur
- 

**Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du soutien des professionnels qui vous ont pris en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ?**

- Extrêmement intense  Intense  Modérée  Faible  Pas d'anxiété
- 

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans l'établissement ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

## Chambre et Repas / Collations

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Etiez-vous dans :**

- Une chambre ou un box individuel(le)  Un espace commun
- 

**Que pensez-vous du confort de votre chambre ou box individuel ou espace commun ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du respect de votre dignité, intimité dans ces espaces (chambre ou box ou espace commun) ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Lors de votre hospitalisation, aviez-vous un endroit personnel (placard fermé, vestiaire) pour ranger vos affaires ?**

- Oui  Non
- 

**Avez-vous pris un repas ou une collation ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous de la qualité des repas ou collations qui vous ont été servis ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre chambre / box / espace commun et de vos repas / collations lors de votre prise en charge ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

## L'organisation de votre Sortie

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Que pensez-vous du délai d'attente pour voir le médecin avant de sortir ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les traitements après votre sortie (nouveaux médicaments – traitements / reprise de votre traitement habituel) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'établissement en urgence ?**

- Oui  Non

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'établissement en urgence ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Avez-vous eu le numéro de téléphone de la personne / du service à contacter en cas d'urgence ?**

- Oui  Non  Je ne me souviens plus

**Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, kinésithérapie, reprise du travail, ...) ?**

- Oui  Non

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur le suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, kinésithérapie, reprise du travail, ...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**A votre sortie, vous a-t-on remis un document (lettre de liaison / compte-rendu opératoire) contenant les informations sur votre intervention et votre suivi après votre sortie ?**

- Oui  Non / Je ne me souviens plus

**A votre sortie, que pensez-vous de la façon dont les professionnels ont su vous rassurer, vous détendre, vous mettre en confiance ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

## Après Votre Sortie / De retour à votre domicile

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**L'établissement vous a-t-il contacté (sms, appel téléphonique, message sur répondeur) entre 1 et 3 jours après votre sortie ?**

- Oui / Non / je ne me souviens plus
- 

**Que pensez-vous de la qualité du contact par l'établissement entre 1 et 3 jours après votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous appelé le numéro d'urgence remis à votre sortie ?**

- Oui / Non, je n'en ai pas eu besoin / Non, car on ne m'a pas donné de numéro d'urgence / Je ne me souviens plus
- 

**Quelle est votre satisfaction après votre retour à votre domicile (sentiment de sécurité, de tranquillité, ...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement de l'établissement après votre retour à votre domicile (sentiment de sécurité, de tranquillité,...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---



## Opinion Générale

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre prise en charge (pré-hospitalisation, accueil, prise en charge, chambre et repas / collation, sortie, retour à domicile) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

**Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?**

- 1  2  3  4  5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

**Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?**

- 1  2  3  4  5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

## Pour Finir, Informations Vous Concernant

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

**Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre intervention ?**

- 1  2  3  4  5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Beaucoup plus mal » et 5 signifie « Beaucoup mieux »

**Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?**

- 1  2  3  4  5  6  7

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait. Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement

## Pour En Savoir Plus

Votre commentaire risque de ne pas être pris en compte par l'ES si le(s) nom(s) de professionnel(s) sont indiqué(s) en clair.

**Qu'avez-vous retenu de positif sur votre prise en charge ?**

**Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre prise en charge ?**