



**RETRAITÉS  
ILE-DE-FRANCE**

S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

## Enquête chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité du Ministère de la Santé et figure dans le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France. Pour la CFDT retraités, il est important de connaître l'avis des usagers sur ce mode opératoire qui se développe. C'est pourquoi la Commission santé de l'URRIF (Union Régionale des Retraités d'Ile de France) CFDT a décidé de lancer une enquête auprès des usagers (retraités ou non) ayant eu une ou plusieurs interventions chirurgicales en ambulatoire. Au vu des réponses, nous interviendrons auprès de l'Agence Régionale de Santé, des Hôpitaux et des Etablissements concernés... afin d'obtenir des améliorations des pratiques.

### 1) VOTRE IDENTITE :

1.1) Vous êtes :

un homme

une femme

Retraité(e)

non retraité(e)

1.2) Quelle est votre année de naissance ?

1.3) Quel est votre département

### 2) Vous avez eu (ou un proche) une intervention en ambulatoire :

laquelle :

à quelle date :

dans quel établissement :

### 3) AVANT l'intervention

Avez-vous eu le choix entre une intervention en ambulatoire ou en hospitalisation ?

OUI

NON

### 4) Quand les informations sur le déroulement de l'intervention vous ont-elles été transmises :

4.1) Plusieurs jours avant

OUI

NON

4.2) La veille

OUI

NON

4.3) Le jour même

OUI

NON

### 5) Par qui :

5.1) médecin

5.2) infirmière

5.3) anesthésiste

5.4) autres

préciser :

### 6) Ces informations concernaient :

6.1) Le déroulement de l'intervention

OUI

NON

- 6.2) Les avantages et les inconvénients de l'ambulatoire  OUI  NON
- 6.3) L'organisation du retour, l'accompagnement au domicile (par un tiers) ou dans un autre établissement  OUI  NON
- 6.4) Le transport, privé, en ambulance, VSL ou taxi conventionné  OUI  NON
- 6.5) La présence d'une tierce personne la nuit suivant l'intervention  OUI  NON
- 6.6) L'aide sur les actes courants de la vie (toilette, repas, soins)  OUI  NON
- 6.6) le contact téléphonique de suivi  OUI  NON
- 6.7) La possibilité de revenir sur la décision de sortie en ambulatoire  OUI  NON

6.8) autres préciser :

- 6.9) ) Un dialogue s'est-il établi :  OUI  NON

### 7) LE JOUR de l'intervention

- 7.1) La prise en charge dans le service a-t-elle été satisfaisante :  OUI  NON

7.2) Etiez-vous :

en salle d'attente  OUI  NON

en chambre  OUI  NON

- 7.3) Vous a-t-on donné des conseils sur les suites de l'intervention  OUI  NON

- 7.4) Avez-vous reçu le compte-rendu de l'intervention  OUI  NON

- 7.5) Une enquête de satisfaction vous a-t-elle été remise  OUI  NON

- 7.6) Vous a-t-on remis un numéro de téléphone pour appeler en cas d'urgence :

7.6.1) pendant la journée  OUI  NON

7.6.2) la nuit  OUI  NON

7.6.3) le week-end  OUI  NON

- 7.7) Avez-vous dû régler un dépassement d'honoraire  OUI  NON

### 8) VOUS ETES RENTRE(E) :

8.1) avec un proche  OUI  NON

8.2) en ambulance  OUI  NON

8.3) en VSL  OUI  NON

8.4) en taxi conventionné (sans avance de frais)  OUI  NON

Avez-vous réglé vous-même votre transport  OUI  NON

Si oui, une facture ou un justificatif vous a-t-il été remis  OUI  NON

### 9) SUITES de l'intervention :

Avez-vous dû appeler le numéro d'urgence ?  OUI  NON

Si oui, pour quel motif ?

**10) Avez-vous eu besoin d'un intervenant à votre retour au domicile**

OUI  NON

Si oui :

10.1) médecin

10.4) SSIAD \*

10.2) Kinésithérapeute

10.5) aide-soignant

10.3) infirmier

10.6) aide à domicile

**11) Sa venue avait-elle été prévue avant l'intervention**

OUI  NON

**12) Avez-vous été contacté par le service qui a réalisé l'intervention après votre retour à domicile ?**

OUI  NON

12.1) Si oui, avait-il été prévu dans le protocole :

OUI  NON

**13) Ce mode opératoire vous a-t-il satisfait :**

OUI  NON

**14) Si non, avez-vous fait une réclamation :**

13.1) auprès du service

13.2) auprès de l'hôpital :

13.3) auprès de la commission des usagers :

**15) OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS :**

La CFDT est représentée auprès de différentes instances de santé (CTS : Conseil Territorial de Santé – ARS : Agence Régionale de Santé). Votre avis nous est nécessaire pour améliorer et faire évoluer les modalités de soins. Vous pouvez nous laisser vos coordonnées si vous le souhaitez, nous pourrions ainsi vous faire part de nos demandes et interventions.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Courriel

Téléphone

**Vos observations et propositions :**

\* SSIAD : Service de Soins Infirmier A Domicile