

Enquête de satisfaction des informations transmises sur votre implant

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une enquête visant à évaluer la qualité des informations que vous avez reçues sur l'implant qui vous a été posé dans notre établissement.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge des patients.

Votre rôle est essentiel. Votre expérience, votre satisfaction et vos suggestions seront prises en compte pour améliorer nos organisations et nos pratiques.

Cette enquête est nominative. Le formulaire de consentement et le questionnaire de satisfaction seront intégrés à votre dossier. Ils nous permettront :

- De savoir si vous êtes suffisamment informé sur l'implant qui vous a été posé (nature du dispositif, fonctionnement, durée de vie prévisionnelle, précautions particulières de suivi après implantation, etc.)
- De vérifier qu'une carte implant ou document équivalent vous a été transmis après l'implantation
- De compléter votre niveau d'information sur les essentiels à connaître si nécessaire
- D'adapter notre communication pour une prise en charge personnalisée.

En acceptant l'analyse globale des résultats de l'enquête et leur communication, vous autorisez la comparaison anonyme de la qualité globale des informations transmises aux patients porteurs d'un implant entre plusieurs établissements bretons et contribuez à identifier les meilleures pratiques.

Votre participation est entièrement libre et volontaire. L'analyse globale des résultats sera réalisée de manière anonyme, garantissant ainsi la confidentialité et la protection de vos données personnelles.

Comptant sur votre participation, nous vous remercions vivement pour votre contribution à l'amélioration de la qualité des soins.

Je soussigné(e).....
(Nom, Prénom, Date de naissance du patient)

Le cas échéant : indiquer Nom, Prénom, Date de naissance de l'ayant droit

(Lien avec le patient : ☐ Tuteur, ☐ Détenteur de l'autorité parentale, ☐ Représentant légal, ☐ Personne de confiance)

Cochez les cases suivantes pour valider votre accord :

- ☐ confirme avoir été informé(e) des objectifs et des modalités de l'enquête.
- ☐ accepte de répondre au questionnaire transmis pour faciliter le suivi personnalisé de ma prise en charge.
- ☐ autorise l'équipe en charge de l'enquête à analyser et à communiquer sur les résultats globaux, de manière strictement anonyme et dans le respect des règles de confidentialité, dans le cadre de retours d'expérience, présentations ou publications.

Fait à :

Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient ou de son représentant :