|  |
| --- |
|  Madame, Monsieur, Suite au passage de votre enfant dans notre établissement, nous souhaitons recueillir votre avis sur son hospitalisation. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Selon l'âge de votre enfant , vous pouvez :  - répondre à sa place en prenant en compte son hospitalisation - répondre avec lui - Le laisser répondre seul. |

1. Ce questionnaire est rempli par : \*¹

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

L'ACCUEIL

2. Etes-vous satisfaits de l'accueil réservé par le bureau des admissions lors de l'hospitalisation de jour de votre enfant ? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

3. Etes-vous satisfaits de l'accueil dans le(s) service(s) de soins? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

4. Etes-vous satisfait de l'identification des personnes travaillant dans le(s) service(s) de soins (médecins,infirmiers(es), auxiliaires ...) \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Excellent |  Satisfait |  Peu satisfait |  Pas du tout satisfait |  Non concerné |
| Du badge | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De la présentation des personnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

5. Avez-vous consulté le livret d'accueil mis à votre disposition dans la chambre ? \*¹

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne l'ai pas vu

6. Si Oui , ces informations vous ont-elles été utiles? \*¹

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

LA PRISE EN CHARGE

7. Etes-vous satisfait des explications sur l'état de santé de votre enfant, son traitement, ses soins, etc...? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

8. Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins du service? \*¹

☐ Excellente ☐ Bonne ☐ Faible ☐ Mauvaise ☐ Non concerné

9. Globalement, êtes-vous satisfait de la qualité de la prise en charge de votre enfant/de ses soins dans le service \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Excellent |  Satisfait |  Peu satisfait |  Pas du tout satisfait |  Non concerné |
| Par les médecins ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Par les infirmiers(es)/ auxiliaires de puériculture | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

10. Etes-vous satisfait de la coordination des différents examens programmés (radios, labo, etc...)? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

*Si votre appréciation est peu ou pas satisfait, veuillez-nous faire part des difficultés d'organisation rencontrées:*

|  |
| --- |
|  |

11. Etes-vous satisfait du soutien des infirmiers(es) ou des auxiliaires de puériculture qui ont pris en charge votre enfant? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

12. Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmiers (es) ou des auxiliaires de puériculture qui ont pris en charge votre enfant? \*¹

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

13. Avez-vous pu participer aux décisions concernant les soins ou le traitement de votre enfant? \*¹

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

14. Avez- vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de l'hospitalisation de votre enfant ( vomissements, malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes...)? \*¹

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

15. Etes-vous satisfait du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente? \*¹

☐ Excellent ☐ Bon ☐ Faible ☐ Mauvais ☐ Non concerné

16. Etes-vous satisfait de la façon dont les douleurs de votre enfant ont été prises en charge ? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

LA CHAMBRE ET LE REPAS

17. Que pensez-vous du confort de la chambre de votre enfant? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

18. Que pensez-vous de la propreté de cette chambre \*¹

☐ Excellente ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

19. Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de la chambre? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

20. Si votre enfant a pris un repas, que pensez-vous de la qualité des repas servis? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

L'ORGANISATION DE LA SORTIE

21. Etes-vous satisfait de la façon dont la sortie de votre enfant a été organisée? \*¹

☐ Excellent ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐ Non concerné

22. Avez-vous reçu la lettre de liaison à la sortie de l'hospitalisation de votre enfant? \*¹

☐ Oui ☐ Non

23. Etes-vous satisfait des informations que vous avez reçues sur: \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Excellent |  Satisfait |  Peu satisfait |  Pas du tout satisfait |  Non concerné |
| Les médicaments à prendre après l'hospitalisation de votre enfant(dosage, honoraires, effets indésirables)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le suivi après la sortie de votre enfant (prochains rendez-vous, prochaines étapes)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

24. Qu'avez-vous retenu de positif au cours de l'hospitalisation de votre enfant?

|  |
| --- |
|  |

25. Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de l'hospitalisation de votre enfant?

|  |
| --- |
|  |

*\* : La réponse est obligatoire.*

*¹: Ne cocher qu'une seule option.*