

---

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 <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la présentation des personnels <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 ? <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par les infirmiers(es)/ auxiliaires de puériculture <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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)? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le suivi après la sortie de votre enfant (prochains rendez-vous, prochaines étapes)? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.