

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

2. Vous êtes dans le service de : * 1

- Pédiatrie Générale (5ème étage) UHCD (5ème étage) Chirurgie Hospitalisation Complète (6ème étage)
- Pédiatrie spécialités (4ème étage)

L'ACCUEIL

3. Etes-vous satisfait de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de l'admission de votre enfant (admission/bureau des entrées)? * 1

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

4. Etes-vous satisfait de l'accueil dans le(s) service(s) de soins (service des Urgences exclu)? * 1

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

5. 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? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la présentation des personnels? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Commentaires

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 ou des chirurgiens du service? * 1

-  Excellente
  Bonne
  Faible
  Mauvaise
-  Non concerné

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

-  Toujours
  Souvent
  Rarement
  Jamais
-  Non concerné

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

11. Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de la part : *

	 Toujours	 Souvent	 Rarement	 Jamais	 Non concerné
Des médecins/Chirurgiens ? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des infirmiers(es)/auxiliaires de puériculture? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Etes-vous satisfait de l'aide reçue pour les activités courantes pour votre enfant ? * ¹

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

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

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

14. 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

15. Commentaires

LA CHAMBRE, LES REPAS, LA DISTRACTION

16. Etes-vous satisfait : *

	 Excellent	 Satisfait	 Peu satisfait	 Pas du tout satisfait	 Non concerné
Du confort de la chambre de votre enfant? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la propreté de cette chambre? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la qualité des repas qui ont été servis à votre enfant ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des activités proposées à votre enfant pendant son hospitalisation (école, blouses roses, clowns ...)? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Commentaires:

L'ORGANISATION DE LA SORTIE

18. Etes-vous satisfait de la façon dont la sortie de votre enfant a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie ...)? * 1

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

19. 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 la sortie de votre enfant? 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la reprise des activités de votre enfant après sa sortie (sport, activités habituelles)? 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"/>

20. Commentaires:

APPRECIATION GENERALE

21. Globalement, votre enfant et vous, êtes-vous satisfaits de votre hospitalisation? *¹



Excellent



Satisfait



Peu satisfait



Pas du tout satisfait

22. Recommanderiez-vous cet établissement à l'un de vos proches? *¹



Oui



Non

23. Remarques/ Suggestions:

* La réponse est obligatoire.

¹ Ne cocher qu'une seule option.