

AIDEZ-NOUS À PRENDRE SOIN DE VOUS !

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge.

Nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire.

| | |
|--|---|
| Date d'hospitalisation : | Durée de l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> 2 à 7 jours <input type="checkbox"/> + de 7 jours |
| Nom de l'enfant : | Prénom de l'enfant : |
| Date de naissance : | Âge : <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-12 <input type="checkbox"/> 13-18 |
| La raison de votre séjour est une prise en charge pour une hospitalisation en : | |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) | <input type="checkbox"/> ORL |

LA PRÉPARATION DE L'HOSPITALISATION



Comment jugez-vous ?

La clarté des informations reçues pour préparer l'hospitalisation de votre enfant

Vous a-t-on bien informé(e) sur ?

Les droits et les règles de l'hôpital

Oui Non

Les différents examens et soins prévus pour votre enfant

Oui Non

Le livret d'accueil vous a-t-il été utile ?

Oui Non Non remis

L'ACCUEIL

Que pensez-vous de ?

L'accueil principal de l'hôpital

L'orientation dans l'hôpital

L'accueil du personnel soignant

L'accueil du médecin

L'accueil administratif lors de votre arrivée dans le service

LA QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

Comment jugez-vous ?

La prise en compte de la douleur de votre enfant

L'attention de l'équipe du bloc opératoire (si concerné)

L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour

L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit

La clarté des informations données par l'équipe soignante

L'attention qui vous est réservée (proches et parents)

Le respect de l'intimité de votre enfant :

- Pendant les soins
- Pendant la toilette
- Pendant ses déplacements

Le respect de la confidentialité

La coordination de ses soins et différents examens

A-t-on pris en compte avant tout acte médical ou chirurgical?

Votre avis

Oui Non

L'avis de votre enfant

Oui Non Non Concerné



Que pensez-vous ?



| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La clarté des informations données par les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les informations reçues sur les médicaments pris pendant le séjour de votre enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les informations reçues sur les examens complémentaires réalisés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La clarté des informations fournies pour la sortie de votre enfant : | | | | |
| - La date | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les traitements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le suivi après son hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La coordination de son transfert vers un autre établissement de de santé (si concerné) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LES CONDITIONS DU SÉJOUR



Que pensez-vous de ?

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du confort de la chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la propreté de la chambre au quotidien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du calme en journée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du calme pendant la nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la qualité des produits servis lors des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des quantités servies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du respect de la commande (Régimes particuliers, convictions personnelles) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'amabilité et la convivialité du personnel ayant servi les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Que pensez-vous de nos prestations ?

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tablettes individuelles et Wifi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salle de jeux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE SÉJOUR



Pourriez-vous noter le séjour de votre enfant ?

/10

Quelle est la raison principale qui justifie votre notation?

.....

.....

.....

N'hésitez pas à partager avec nous vos remarques ou suggestions :

.....

.....

.....

.....

Merci pour le partage de votre expérience !

Vos réponses seront prises en considération et nous permettrons de nous améliorer.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans l'urne dédiée à cet effet dans le service

