



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Questionnaire de sortie

RÉÉDUCATION DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES CONGÉNITALES DE L'ENFANT (SERVICE C)

Q16. le calme ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q17. l'hygiène des locaux ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q18. la qualité des repas ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q19. la quantité des repas ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q20. la qualité des jeux ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q21. la quantité des jeux ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q22. Quelle est votre appréciation globale sur l'hospitalisation de votre enfant ?

- Mécontent Assez satisfait Satisfait

N'hésitez pas à noter vos remarques ou vos commentaires

.....

.....

.....

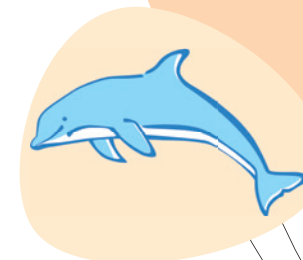
.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions. Une fois le questionnaire rempli, vous pouvez le remettre dans le cahier de liaison ou nous l'adresser par courrier à l'adresse suivante :
Hôpitaux de Saint-Maurice - Direction Qualité - 12/14, rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice



PÔLE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION ENFANTS

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour nous aider à améliorer les services qui vous sont proposés, merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

C'est l'occasion pour vous de nous dire ce qui vous a plu et ce qui ne vous a pas plu pendant votre séjour.

Que vous indiquiez votre nom ou pas, le questionnaire sera analysé de manière confidentielle par le Service qualité de l'Hôpital. Les équipes soignantes sont informées régulièrement des résultats.

Votre aide est précieuse. Merci de votre participation.

Q1. Votre enfant est hospitalisé :

- Depuis moins de 3 mois Depuis plus de 3 mois

Q2. Lors de votre premier accueil, puis lors de vos visites, vous êtes-vous senti bien accueilli(e) ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Information

Q3. Êtes-vous satisfait(e) des informations données par les professionnels ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q4. Vous pouvez préciser avec quels professionnels vous auriez aimé avoir plus d'échanges d'informations :

.....
.....
.....

(médecins, cadres, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, puéricultrices, auxiliaires puéricultrice, rééducateur(trice)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s, orthophonistes, orthoptistes, diététicien(ne)s, éducateur(trice)s, assistantes sociales, psychologues.)

Prise en charge

Q5. Êtes-vous satisfait(e) des soins, de la rééducation et de l'action éducative ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q6. Si non, vous pouvez préciser pour quel(s) type(s) de soins ?

.....
.....
.....

Écoute

Q7. Êtes-vous satisfait(e) de la disponibilité et de l'écoute ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q8. Si non, pouvez-vous préciser de quel(s) professionnel(s) vous auriez aimé avoir plus de disponibilité ?

.....
.....
.....

(médecins, cadres, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, puéricultrices, auxiliaires puéricultrice, rééducateur(trice)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s, orthophonistes, orthoptistes, diététicien(ne)s, éducateur(trice)s, assistantes sociales, psychologues.)

Répondre à ces questions avec votre enfant

Lutte contre la douleur

Q9. As-tu mal ?

- Oui Non

Q10. À quelle(s) occasion(s) as-tu eu mal ? Pendant :

- Des soins Des examens La rééducation Autre

Q11. Est-ce que l'on t'a demandé si tu avais mal ?

- Oui Non

Q12. Est-ce que l'on t'a proposé quelque chose pour que tu aies moins mal ?

- Oui Non

Q13. Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge de votre enfant ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Vie quotidienne

Êtes-vous satisfait(e) de :

Q14. la chambre ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait

Q15. les autres lieux de vie du service ?

- Pas du tout Plutôt non Cela dépend Plutôt oui
 Tout à fait