

Ceci est un questionnaire de sortie dans le but de recueillir vos appréciations et/ou celles de vos proches à l'issue de votre séjour hospitalier. Votre opinion nous est précieuse et permettra d'améliorer la qualité des prestations de notre établissement. Nous vous invitons à le remplir et à le remettre à un membre de l'équipe soignante avant de quitter votre service d'hospitalisation, ou bien de le déposer dans la boîte à lettre au Hall d'entrée. Nous vous assurons de la confidentialité des informations recueillies et du strict respect de l'anonymat (sauf si vous indiquez votre identité au bas de la page).

Date d'hospitalisation (mois/année) :/.....

Service d'hospitalisation / Pôle :

L'ACCUEIL

Avez-vous été accueilli ?		OUI	NON
1.	Au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Aux consultations externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Au service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

		OUI	NON
1.	Avez-vous reçu le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	L'avez-vous lu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Les informations sont-elles suffisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Connaissez-vous le nom du médecin prenant en charge votre enfant à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	L'information médicale dans le service est-elle suffisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Vous a-t-on expliqué les modalités du séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Vous a-t-on expliqué le traitement prescrit pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Vous a-t-on fait signer l'autorisation de soin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Vous a-t-on expliqué les soins prodigués à votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	La confidentialité médicale a-t-elle été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Vous a-t-on informé de l'existence des différents services (PMI, rééducation fonctionnelle, etc.) susceptibles de vous aider à la sortie de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Connaissez-vous la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (CRUQPC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Connaissez-vous l'existence d'une permanence de la CRUQPC ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Savez-vous où trouver les statistiques annuelles des Infections nosocomiales de notre établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL URGENCES

		OUI	NON
1.	L'accueil de votre enfant était-il convenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Vous a-t-on informé des raisons de l'hospitalisation de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous disposé d'un lit immédiatement à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Vous a-t-on informé des formalités administratives à accomplir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Les formalités administratives ont-t-elles été simples ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITÉ DES SOINS

		OUI	NON
1.	L'intimité de votre enfant a-t-elle été préservée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	A-t-on pris en compte les particularités pouvant être liées à vos convictions religieuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUALITÉ DES SOINS

Comment avez-vous perçu :		Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Non concerné
3.	La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	La prise en charge soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Etes-vous satisfait des informations sur votre traitement qui vous ont été communiquées pendant votre séjour ? Avez-vous compris votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Etes-vous satisfait des conseils reçus lors de la remise de votre ordonnance de sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	L'écoute / la disponibilité des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Aide aux repas, à la toilette, à la marche en dehors de la Présence des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Organisation et information concernant le planning des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Coordination des différents examens (radio, labo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Confiance dans la qualité des soins médicaux et infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Disponibilité des équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Amabilité des équipes médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Amabilité des équipes soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONFORT

		Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Non concerné
1.	La propreté de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	La propreté de l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Equipement de la chambre et de la salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Agencement hôtelier des chambres mère-enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le confort des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Qualité des repas pour les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Qualité des repas pour les accompagnants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Prise en compte des régimes alimentaires particuliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	La télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Les boutiques (cafétéria, kiosque à journaux ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE SÉJOUR

Observations / Suggestions / Points forts / Points faibles

.....

.....

.....

.....

Renseignements facultatifs

Nom : Prénom :