

137 rue de l'Hôpital Auban-Moët — 51200 Epernay

Site internet : www.ch-epernay.fr



L'hôpital proche de
VOUS



AUBAN-MOËT
CENTRE HOSPITALIER EPERNAY

QUESTIONNAIRE DE SORTIE PEDIATRIE

Destiné aux enfants hospitalisés
et à leurs parents

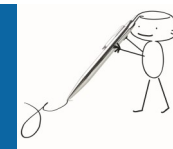


Madame, Monsieur,

Pour mieux répondre à vos besoins et à ceux des futurs patients, la Direction et les équipes de l'hôpital vous seraient reconnaissantes de prendre quelques minutes pour commenter votre séjour, en remplissant ce questionnaire de satisfaction.

Votre opinion nous est précieuse
et nous aide à améliorer la qualité de nos prestations.

Votre avis nous intéresse !



*L'amélioration de la qualité des soins et des services constitue un
objectif permanent d'AUBAN-MOËT.*

LES URGENCES

Etes-vous arrivé par les Urgences ?

oui non

Si oui, vous diriez que :

- Votre temps d'attente a été
- Le respect de votre intimité a été
- La prise en compte de votre douleur a été

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'ACCUEIL

Etes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé en Pédiatrie ?

- Amabilité
- Informations
- Délai d'attente

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS

Etes-vous satisfait(e) ?

- De l'écoute à votre égard
- Du respect de l'intimité
- De l'information sur l'état de santé
- De l'information sur les soins proposés

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu ?

- Le livret d'accueil de l'hôpital
- La plaquette du service
- L'information relative quant à l'utilité du port du bracelet d'identification

oui non

oui non

oui non

LES CONDITIONS HOTELIERES

Que pensez-vous de la qualité des prestations ?

- Chambre, box
- Confort
- Propreté
- Niveau sonore
- Télévision en chambre

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que pensez-vous des repas ?

- Qualité
- Quantité
- Respect des goûts

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Etes-vous satisfait(e) des services proposés ?

- En salle de jeux
- Au parent accompagnant

oui non

oui non

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Etes-vous satisfait(e) du traitement de votre douleur ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Légende : 😊 = très satisfait(e) 😊 = satisfait(e) 😞 = moyennement satisfait(e) 😡 = insatisfait(e)

LE PERSONNEL

Etes-vous satisfait(e) de l'attitude du personnel à votre égard ?

- Au cours du séjour
- Aux Urgences
- Au bureau des admissions
- Au standard téléphonique

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES SOINS

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des soins dispensés par ?

- Les pédiatres
- Le personnel soignant
- Les intervenants en pédopsychiatrie

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous été associé(e) aux décisions concernant les soins ou le traitement de votre enfant ?

oui non

A-t'on recueilli votre consentement pour les actes médicaux ?

oui non

LA SORTIE

Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de la sortie ?

- Information préalable sur la durée du séjour
- Information sur la reprise des activités collectives
- Organisation (retour à domicile,...)
- Indication du suivi médical et poursuite des soins

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APPRECIATION GENERALE

Dans l'ensemble, en tant que parent êtes-vous satisfait(e) ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dans l'ensemble, votre enfant est-il satisfait ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Conseilleriez-vous à vos proches une prise en charge dans ce service ?

oui non

Vos suggestions et/ou commentaires :

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

(Facultatif) Nom—Prénom :

Age : 0-7ans 8-12 ans 13-17 ans

Date du séjour :/...../ 20