



PEDIATRIE

Questionnaire destiné aux enfants hospitalisés et à leurs parents



Chers Parents, Chers Enfants

Afin de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous remercions de nous faire part de votre avis au travers de ce questionnaire. Avant de quitter l'hôpital, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte-aux-lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : l'enfant hospitalisé un proche de l'enfant les deux ensemble
- Age de l'enfant : _____ ans Sexe de l'enfant : féminin masculin Code postal : _____
- Unité d'hospitalisation : A1 Aubier B01 A01
- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi ce service de pédiatrie ? (Vous pouvez cocher **plusieurs réponses**) :

<input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins
<input type="checkbox"/> Réputation du service de pédiatrie de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant
<input type="checkbox"/> Réputation d'un pédiatre ou d'un spécialiste de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil du pédiatre de l'enfant
<input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)
<input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante	<input type="checkbox"/> Pour être soigné(e) plus rapidement
<input type="checkbox"/> Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutualités, assurances, ...)
<input type="checkbox"/> Suite à la naissance de l'enfant dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Pas choisi (urgence, ambulance, ...)
<input type="checkbox"/> Pour une réhospitalisation suite à un même problème	<input type="checkbox"/> Pour la qualité du service des urgences
<input type="checkbox"/> Autre :	

L'HOSPITALISATION DE VOTRE ENFANT

- Saviez-vous à l'avance que votre enfant allait être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il été pris en charge par le service des urgences juste avant d'être hospitalisé(e) ? Oui Non
- Est-ce la première hospitalisation de votre enfant en pédiatrie ? Oui Non
- Après les formalités d'admission à l'arrivée, votre enfant a-t-il obtenu rapidement une chambre ? Oui Non
 - Combien de temps avez-vous dû attendre cette chambre ? Pas d'attente Moins de 30 minutes
 Entre 30 min et 1h Plus d'1h
- Durant le séjour, dans quel type de chambre votre enfant a-t-il séjourné ? 1 lit 2 lits
 - Etait-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ? Oui Non
 - Quel est le numéro de la chambre actuelle de votre enfant ?
 - Durant les nuits, votre enfant a-t-il été accompagné par un proche ? Jamais Parfois Toujours
- Dans l'heure suivant l'installation en chambre, avez-vous rencontré une infirmière du service ? Oui Non
- Avez-vous rencontré l'infirmier(e)-chef ou sa remplaçante dans les 24h après votre arrivée ? Oui Non
- Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de l'hospitalisation ? Oui Non
 - Si oui, était-ce : son pédiatre un autre pédiatre un chirurgien
 un assistant-médecin un stagiaire-médecin ne sais pas
- Avez-vous rencontré un(e) assistant(e) social(e) de l'hôpital durant le séjour ? Oui Non
- Lors du séjour, votre enfant a-t-il éprouvé des douleurs ? Jamais Parfois Souvent En permanence
- Avez-vous reçu des informations sur les droits et les devoirs du patient et de ses proches ? Oui Non

Ci-dessous, nous vous demandons d'exprimer comment le personnel de l'hôpital s'est comporté à votre égard durant ce séjour, en exprimant au mieux la fréquence allant de « jamais » à « toujours » sur les affirmations qui vous concernent.

INFORMATION ET ATTITUDE DU PERSONNEL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Sans avis
Le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :					
- est poli et courtois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est présenté à vous en vous donnant son nom et sa fonction dans l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a pris le temps de vous écouter attentivement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous a clairement informé sur l'état de santé de votre enfant et a répondu à vos questions à ce sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est inquiété des douleurs de votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est préoccupé de soulager rapidement ses douleurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous a clairement informé en quoi consistait les soins, traitement, intervention et/ou examens réalisés et leurs conséquences ou risques associés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif à vous impliquer, ainsi que votre enfant, dans les décisions concernant traitement, soins,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est lavé ou désinfecté les mains avant d'effectuer des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a vérifié le nom, prénom, date de naissance et/ou bracelet d'identification de votre enfant lors des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif au respect de l'intimité et de la pudeur de votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif à respecter vos convictions personnelles, philosophiques ou religieuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par rapport à l'hospitalisation de votre enfant, nous vous demandons de nous donner votre appréciation à propos de chaque élément cité, sur une échelle allant de 1 à 5 (1 = très insatisfaisant à 5 = très satisfaisant). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer les lettres NC (= Non Concerné).

	Très insatisfaisant ☹					Très satisfaisant ☺		Non concerné
L'ARRIVEE A L'HÔPITAL								
• Informations pratiques reçues avant le séjour pour préparer l'hospitalisation	1	2	3	4	5	NC		
• Intérêt du site Internet de l'hôpital si vous l'avez consulté	1	2	3	4	5	NC		
• Accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking, ...)	1	2	3	4	5	NC		
• Prise en charge de votre enfant aux urgences si passage par ce service	1	2	3	4	5	NC		
• Serviabilité du personnel administratif à l'accueil de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC		
• Informations sur les aspects administratifs et financiers de l'hospitalisation	1	2	3	4	5	NC		
• Facilité d'orientation dans l'hôpital (signalétique,...)	1	2	3	4	5	NC		
INSTALLATION DANS LA CHAMBRE								
• Accueil lors de votre arrivée dans le service de pédiatrie	1	2	3	4	5	NC		
• Attention portée à la bonne installation en chambre de votre enfant	1	2	3	4	5	NC		
• Informations données lors de l'installation pour le séjour de votre enfant	1	2	3	4	5	NC		
• Utilité des documents d'accueil (brochure,...) si vous les avez lus	1	2	3	4	5	NC		
RELATIONS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER								
• Disponibilité du personnel infirmier à l'égard de votre enfant durant le séjour	1	2	3	4	5	NC		
• Sensibilité du personnel infirmier aux besoins de votre enfant	1	2	3	4	5	NC		
• Ecoute et réponses à vos questions par le personnel infirmier	1	2	3	4	5	NC		
• Réactivité du personnel infirmier à vos demandes ou en cas de problème	1	2	3	4	5	NC		

	Très insatisfaisant		Très satisfaisant			Non Concerné
	☹		☺			
RELATIONS AVEC LES MEDECINS						
• Rencontre suffisante du ou des médecins durant le séjour de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Explications médicales sur l'état de santé et le traitement de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et réponses à vos questions par les médecins	1	2	3	4	5	NC
SOINS et PRISE EN CHARGE						
• Personnalisation des soins à la situation et à l'état de santé de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge globale des problèmes de santé de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Perception de la qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
• Perception de la qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
• Collaboration entre les professionnels pour bien soigner votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par :						
○ le/la kinésithérapeute	1	2	3	4	5	NC
○ le/la psychologue	1	2	3	4	5	NC
○ le/la diététicien(ne)	1	2	3	4	5	NC
○ l'assistant(e) social(e)	1	2	3	4	5	NC
○ l'instituteur (trice)	1	2	3	4	5	NC
○ l'animateur / éducateur	1	2	3	4	5	NC
○ le service de brancardage	1	2	3	4	5	NC
• Organisation des soins et examens en dehors du service de pédiatrie	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge de votre enfant lors d'actes techniques réalisés dans le service (prise de sang, perfusion...)	1	2	3	4	5	NC
• Contact avec les bénévoles	1	2	3	4	5	NC
• Sentiment de sécurité ressenti dans le service de pédiatrie	1	2	3	4	5	NC
INFORMATIONS et COMMUNICATION DURANT LE SEJOUR						
• Informations sur le déroulement du séjour de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur la nature des soins, examens et traitement	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur les droits et devoirs du patient et de ses proches	1	2	3	4	5	NC
• Information donnée en cas de retard (médecin, infirmière, rendez-vous,..)	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de poser des questions sur l'état de santé de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants	1	2	3	4	5	NC
• Adaptation de l'information aux capacités de compréhension de l'enfant	1	2	3	4	5	NC
• Sentiment de respect de la confidentialité des informations sur votre enfant	1	2	3	4	5	NC
HOTELLERIE et ENVIRONNEMENT						
• Aspect de l'hôpital (apparence, décors, propreté,...)	1	2	3	4	5	NC
• Facilité de déplacement et de circulation au sein de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
• Modernité des équipements hospitaliers	1	2	3	4	5	NC
• Espace de détente et/ou de balade en dehors de la chambre	1	2	3	4	5	NC
• Services commerciaux à disposition (magasin, cafétéria, distributeur,...)	1	2	3	4	5	NC
• Aspect et décoration du service de pédiatrie	1	2	3	4	5	NC
• Calme dans le service durant la nuit	1	2	3	4	5	NC
• Aspect et confort de la chambre :						
- pour votre enfant	1	2	3	4	5	NC
- pour l'accompagnant	1	2	3	4	5	NC
• Equipement à disposition dans la chambre (TV, tél., Internet, frigo,...)	1	2	3	4	5	NC
• Propreté et entretien de la chambre durant le séjour de votre enfant	1	2	3	4	5	NC
• Repas :						
- servis à votre enfant durant le séjour	1	2	3	4	5	NC
- proposés à l'accompagnant à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC

	Très insatisfaisant ☹		Très satisfaisant ☺		Non concerné	
• Horaires des visites adaptés (durée, moment, ...)	1	2	3	4	5	NC
• Confort nécessaire pour l'accueil des visiteurs	1	2	3	4	5	NC
• Respect du bien-être de votre enfant par les autres patients et les visiteurs	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité pour votre enfant de se reposer quand souhaité	1	2	3	4	5	NC
PREPARATION DE LA SORTIE DE L'HÔPITAL						
• Informations reçues sur les points d'attention liés à l'état de santé de votre enfant consécutif à sa maladie ou à son opération	1	2	3	4	5	NC
• Informations reçues pour la sortie de l'hôpital concernant : <ul style="list-style-type: none"> ○ la prise de médicaments, le traitement,... ○ les prescriptions, les nouveaux rendez-vous,... ○ les conseils pour la suite, les aides éventuelles,... 	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de poser des questions avant le départ de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) du séjour de votre enfant dans notre hôpital** ?
 ☹ Très insatisfait(e) Insatisfait(e) Neutre Satisfait(e) Très satisfait(e) ☺
- **Recommanderiez-vous le service de pédiatrie** à des proches (famille, amis,...) ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme **un(e) réel(le) partenaire dans la prise en charge** de votre enfant ?
 ☹ Pas du tout Plutôt pas Neutre Plutôt oui Tout à fait ☺
- Les **attentes relatives à la santé de votre enfant ont-elles été rencontrées** au terme de cette hospitalisation ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Avez-vous **confiance dans la volonté de l'hôpital** de tout mettre en œuvre pour bien soigner votre enfant ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- **Si vous ou votre enfant deviez être hospitalisé(e) ou passer un examen, choisiriez-vous notre hôpital** ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺

LA SORTIE DE L'HÔPITAL

- Quelle aura été la durée totale de l'hospitalisation de votre enfant pour ce séjour-ci ? _____ jours
- Comment ressentez-vous le départ de l'hôpital ? Trop précoce Au bon moment Trop tardif
- Avez-vous pu donner votre avis sur le moment de la sortie de l'hôpital ? Oui Non
- Votre médecin ou pédiatre va-t-il être informé des conclusions de l'hospitalisation ? Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport au séjour ou pour améliorer les services proposés ?

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

Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées : Nom et prénom :

Adresse mail :