

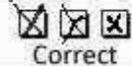
VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

Vous venez d'être hospitalisé et nous vous remercions de votre confiance. Dans un souci d'amélioration constante de la qualité de la prise en charge, nous souhaitons recueillir votre opinion et vos attentes. Ce questionnaire est traité de manière anonyme et sera détruit après l'analyse des données.



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



Âge de l'enfant

Dates de votre séjour (jj/mm/aaaa)

Mode d'arrivée Programmé Urgence

Lieu de séjour 5B 5A-PIO

Comment vous a-t-on remis les documents pré-opérateurs ? Sur place Par courrier Jamais reçus

Les avez-vous lus ? Oui Non

Les informations sont-elles suffisantes ? Oui Non

L'hospitalisation de votre enfant a-t-elle été reportée ? Oui Non

Si oui, combien de fois ? 1 2 Plus

Cause du report A votre demande A la demande de l'hôpital Cause extérieure

L'ADMISSION DE VOTRE ENFANT



Contact avec le service des RV opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge aux urgences (si urgence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations orales données lors de la prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations écrites pour préparer votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation d'anesthésie (accueil, informations et contact avec le médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec le service des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

LE SEJOUR DE VOTRE ENFANT



Informations et orientation à votre arrivée à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge médicale (informations et contact avec le médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge soignante (amabilité, écoute et disponibilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation des examens réalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation et dispensation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur (si existante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour effectuer les gestes du quotidien (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité des informations médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de la chambre (propreté, température, bruit...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous le CHNO des Quinze-Vingts Oui Non

Vous êtes-vous senti(e) en confiance? Oui Non

Quelle est votre satisfaction globale sur votre prise en charge ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un commentaire, une remarque ?

Nous vous remercions de votre participation. Vous pouvez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans le service, le retourner par courrier au service patientèle de l'hôpital, ou par courriel à l'adresse patientele@15-20.fr