



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Son âge : 0-5 ans 6-11 ans 12-17 ans

Son sexe : M F

Son département de résidence : 19 23 87 Autres régions (France) Autres pays

Service de son hospitalisation : _____

(S'il a été hospitalisé dans plusieurs services, merci de prendre en compte uniquement le dernier service)

Date d'entrée : / /

Date de sortie : / /

Votre consentement pour votre enfant a-t-il été recueilli par écrit ? (cf. loi du 4 mars 2002) Oui Non

Merci de cocher une seule réponse par question.

COMMENT JUGERIEZ-VOUS ?	PAS SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	SATISFAISANT	TRES SATISFAISANT	NC*
L'accueil de votre enfant dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'identification des différentes personnes travaillant dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le respect de l'intimité de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information donnée par l'équipe soignante pour votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information donnée par les médecins/chirurgiens pour votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information donnée par l'anesthésiste pour votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les traitements de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'écoute des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'écoute du personnel soignant envers votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'écoute du personnel administratif envers votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La clarté des réponses des médecins à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La politesse et l'amabilité du personnel envers votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La disponibilité du personnel envers votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'obtention d'aide pour les activités de la vie courante de votre enfant (aide aux repas, à la toilette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai de réponse aux appels quand votre enfant sollicite un membre du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le délai d'attente aux examens complémentaires de votre enfant (ex : radiographie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge globale de la santé de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de douleur, la prise en charge de votre enfant a été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect du repos de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les conseils alimentaires donnés pour votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect du choix des menus de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des plats proposés à votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La préparation de sortie de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les médicaments prescrits à la sortie de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les activités possibles après la sortie de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur les aides à domicile après la sortie de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AU TOTAL : QUELLE NOTE GENERALE ATTRIBUERIEZ-VOUS A L'ÉTABLISSEMENT ? (DE 0 = PAS SATISFAIT A 10 = TRES SATISFAIT)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				

* Non Concerné(e) par la question

Merci de votre participation

Merci d'indiquer vos
Commentaires au verso



