

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Service de Néonatalogie

Votre avis nous est précieux pour améliorer la qualité de votre prise en charge en hospitalisation. Vos réponses sont anonymes.

Période d'hospitalisation : du ----- au ----- N° de chambre (facultatif) :

Concernant les thèmes ci-après, quel est votre niveau de satisfaction. Cochez les cases, exemple :

		Non concerné	 Très satisfait	 Plutôt Satisfait	 Plutôt mécontent	 Très mécontent
La prise en charge globale de votre enfant pendant son séjour						
A C C U E I L	Le livret d'accueil du service de néonatalogie vous a-t-il été remis ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les informations contenues dans le livret d'accueil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'accueil réservé au service des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'accueil reçu dans le service de néonatalogie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'identification des fonctions des professionnels rencontrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P E N D A N T	Les explications données sur l'état de santé, la surveillance et le traitement de votre enfant (<i>interventions, soins, médicaments</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les informations sur le déroulement de son séjour (<i>durée, prévision de sortie</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La réactivité des professionnels lors de vos appels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La prise en charge de la douleur et des inconforts de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L E	L'amabilité et la disponibilité du personnel dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les conseils donnés par l'équipe pour aider la relation avec votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La prise en charge personnalisée de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S E J O U R	La prise en charge par le psychologue du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le niveau de bruit dans le service (ou dans la chambre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S O R T I E	Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'information sur les médicaments sur l'ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les conseils de sortie (<i>préparation des biberons, suivi pédiatrique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les informations données pour la continuité des soins (<i>PMI, hospitalisation à domicile, RDV médicaux...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOSPITALISATION DE L'ENFANT D'UN DE VOS PROCHES OU AMIS

Recommanderiez-vous cet établissement ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Echelle de 0 (tout à fait improbable) à 10 (tout à fait probable)

VOUS SOUHAITEZ APPORTER DES SUGGESTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE

Tournez SVP →

VOUS SOUHAITEZ APPORTER DES SUGGESTIONS, OBSERVATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NE DANS L'ETABLISSEMENT

Ce que vous avez particulièrement apprécié :

Ce que vous souhaiteriez voir améliorer :

*Merci de remettre ce questionnaire **avant votre départ** dans la boîte aux lettres «**enquêtes de satisfaction**» près du poste de soins ou auprès des soignants.*