



# 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
<b>La prise en charge globale de votre enfant pendant son séjour</b>						
<b>A C C U E I L</b>	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"/>
<b>P E N D A N T</b>	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"/>
<b>L E</b>	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"/>
<b>S E J O U R</b>	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"/>
<b>S O R T I E</b>	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"/>
<b>S O R T I E</b>	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.*