



Hôpitaux de  
Saint-Maurice

# Questionnaire de sortie

RÉÉDUCATION DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ACQUISES DE L'ENFANT (SERVICE A)

## Q16. le calme ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q17. l'hygiène des locaux ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q18. la qualité des repas ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q19. la quantité des repas ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q20. la qualité des jeux ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q21. la quantité des jeux ?

- Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt oui  
 Tout à fait

## Q22. Quelle est votre appréciation globale sur l'hospitalisation de votre enfant ?

- Mécontent       Assez satisfait       Satisfait

## N'hésitez pas à noter vos remarques ou vos commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions. Une fois le questionnaire rempli, vous pouvez le remettre dans le cahier de liaison ou nous l'adresser par courrier à l'adresse suivante :  
**Hôpitaux de Saint-Maurice - Direction Qualité - 12/14, rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice**



PÔLE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION ENFANTS

## Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour nous aider à améliorer les services qui vous sont proposés, merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

C'est l'occasion pour vous de nous dire ce qui vous a plu et ce qui ne vous a pas plu pendant votre séjour.

Que vous indiquiez votre nom ou pas, le questionnaire sera analysé de manière confidentielle par le Service qualité de l'Hôpital. Les équipes soignantes sont informées régulièrement des résultats.

Votre aide est précieuse. Merci de votre participation.

**Direction Qualité**

**Q1. Votre enfant est hospitalisé :**

- Depuis moins de 3 mois  Depuis plus de 3 mois

**Q2. Lors de votre premier accueil, puis lors de vos visites, vous êtes-vous senti bien accueilli(e) ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

### Information

**Q3. Êtes-vous satisfait(e) des informations données par les professionnels ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

**Q4. Vous pouvez préciser avec quels professionnels vous auriez aimé avoir plus d'échanges d'informations :**

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

(médecins, cadres, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, puéricultrices, auxiliaires puéricultrice, rééducateur(trice)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s, orthophonistes, orthoptistes, diététicien(ne)s, éducateur(trice)s, assistantes sociales, psychologues.)

### Prise en charge

**Q5. Êtes-vous satisfait(e) des soins, de la rééducation et de l'action éducative ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

**Q6. Si non, vous pouvez préciser pour quel(s) type(s) de soins ?**

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

### Écoute

**Q7. Êtes-vous satisfait(e) de la disponibilité et de l'écoute ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

**Q8. Si non, pouvez-vous préciser de quel(s) professionnel(s) vous auriez aimé avoir plus de disponibilité ?**

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

(médecins, cadres, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, puéricultrices, auxiliaires puéricultrice, rééducateur(trice)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s, orthophonistes, orthoptistes, diététicien(ne)s, éducateur(trice)s, assistantes sociales, psychologues.)

## Répondre à ces questions avec votre enfant

### Lutte contre la douleur

**Q9. As-tu mal ?**

- Oui  Non

**Q10. À quelle(s) occasion(s) as-tu eu mal ? Pendant :**

- Des soins  Des examens  La rééducation  Autre

**Q11. Est-ce que l'on t'a demandé si tu avais mal ?**

- Oui  Non

**Q12. Est-ce que l'on t'a proposé quelque chose pour que tu aies moins mal ?**

- Oui  Non

**Q13. Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge de votre enfant ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

### Vie quotidienne

**Êtes-vous satisfait(e) de :**

**Q14. la chambre ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait

**Q15. les autres lieux de vie du service ?**

- Pas du tout  Plutôt non  Cela dépend  Plutôt oui  
 Tout à fait