






Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

| |  Très satisfaisant |  Satisfaisant |  Peu satisfaisant |  Pas du tout satisfaisant |  Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|
| SERVICES PROPOSÉS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les services proposés (institutrice, salle de jeux, bibliothèque, télévision, téléphone, animations dans le service...) | | | | | |
| POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR | | | | | |
| Etes-vous satisfait(e) du séjour de votre enfant ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | | | | | |

VOUS CONNAITRE

Date de votre séjour :

Vos nom et prénom (facultatif) :

Votre adresse mail : @.....

Avez-vous des observations ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité de notre accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci

Service Pédiatrie



QUESTIONNAIRE DE SORTIE DU PARENT

Madame, Mademoiselle, Monsieur,










Votre enfant vient d'être hospitalisé, nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-dessous. Les besoins de votre enfant et vos attentes nous permettent de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible. Il est donc important pour nous que vous vous exprimiez librement sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait durant le séjour de votre enfant.

Le questionnaire une fois complété peut être remis au cadre de santé, au personnel soignant du service de pédiatrie ou adressé au **Centre Hospitalier de Béziers, Direction qualité et gestion des risques, 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**

Dans l'hypothèse où vous auriez égaré le questionnaire de sortie, vous avez la possibilité de le télécharger sur le site web du Centre Hospitalier de BEZIERS où nous vous encourageons à prendre connaissance des informations sur notre établissement : **<http://www.ch-beziers.fr>**, rubrique Droits des usagers.

La Directrice

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

| |  Très satisfaisant |  Satisfaisant |  Peu satisfaisant |  Pas du tout satisfaisant |  Non concerné |
|---|--|--|---|---|--|
| ACCUEIL | | | | | |
| Votre enfant a été admis : <input type="radio"/> en urgence <input type="radio"/> en entrée programmée | | | | | |
| La qualité des informations reçues pour faciliter votre séjour | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accueil reçu : - aux Urgences - dans le service de soins - au plateau médico-technique (radiologie, laboratoire...) | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Avez-vous reçu une information quant à l'utilité du bracelet d'identification que porte votre enfant dans l'établissement ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | | | | | |
| ACCES A L'INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE | | | | | |
| Les informations reçues sur : - Son état de santé - Ses traitements - Les résultats d'examen - Sa sortie | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Si nécessaire, avez-vous communiqué votre consentement pour une intervention chirurgicale, une anesthésie ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | | | | | |
| Si nécessaire, êtes-vous satisfait de l'accompagnement de l'assistant(e) du service social dans vos démarches (retour à domicile, placement en institution...) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | | | | | |
| QUALITÉ DES SOINS | | | | | |
| La prise en charge médicale La prise en charge infirmière Du traitement de la douleur <i>Avez-vous des observations à formuler sur la prise en charge de la douleur de votre enfant :</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Les conseils nutritionnels émis par la diététicienne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| CONFIDENTIALITÉ ET INTIMITÉ | | | | | |
| Le respect de la confidentialité des informations médicales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le respect de la pudeur, de l'intimité de votre enfant lors des soins | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| PRESTATIONS HOTELIERES ET CONDITIONS DE SÉJOUR | | | | | |
| Le respect des goûts La qualité des repas La quantité des repas | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| L'hygiène des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examen...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre enfant a-t'il été gêné(e) par le bruit ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | | | | | |
| |  |  |  |  | NC |