



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Le séjour de votre enfant à la Clinique Richelieu se termine et nous espérons que vous avez été satisfait(e) de nos services. Afin de connaître votre opinion sur la qualité de la prise en charge de votre enfant nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Merci de déposer ce questionnaire à l'accueil, il sera analysé par l'équipe qualité dédiée à l'amélioration des pratiques.

Nous souhaitons à votre enfant un bon rétablissement.

Nom: _____ Prénom: _____ DATE: _____

Âge: 3 à 5 ans 6 à 8 ans 9 à 12 ans

Service : AMBULATOIRE HOSPITALISATION

Votre entrée était : PRÉVUE EN URGENCE



QUESTIONS AUX PARENTS

ACCUEIL

Votre accueil a-t-il été satisfaisant ?

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Aux bureaux des entrées/sorties | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Dans le service de soins | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Pour votre enfant | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Votre délai d'attente a-t-il été correct? | | |
| Aux bureaux des entrées/sorties | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Avant votre installation | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Avant votre descente au bloc opératoire | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Lors de l'organisation de votre sortie | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

ÉQUIPE

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Êtes vous satisfait(e) du personnel soignant ? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Pour quelles raisons? | | |
| • Gentillesse, disponibilité | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| • Compétence, écoute | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> |
| • Informations satisfaisantes | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| • Respect de l'intimité, confidentialité | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Êtes vous satisfait(e) de la prise en charge de la douleur de votre enfant? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Êtes vous satisfait(e) de l'aide apportée par les équipes ? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Êtes vous satisfait de votre relation avec les médecins qui se sont occupés de votre enfant ? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Aviez vous reçu les informations nécessaires en réponse à vos questions avant la date prévue de l'intervention ? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

