

Questionnaire Pédiatrie



Je suis hospitalisé dans l'unité de soins:





1. Sexe de l'enfant :

Féminin Masculin

2. Âge de l'enfant :

< 2 2 - 6 7 - 12 > 12

Avis du ou des parent(s) :

						Non Concerné
3. Je suis satisfait(e) du séjour de mon enfant à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai reçu les informations nécessaires au bon déroulement du séjour de mon enfant (prix, TV, repas, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'accueil dans l'unité de soins a été chaleureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai pu participer aux soins de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai reçu une information claire sur les examens médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La chambre est confortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je sens mon enfant en sécurité à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai reçu une information claire sur la nature des soins apportés à mon enfant par le personnel de soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'intimité de mon enfant a été préservée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai reçu une information claire sur la nature des soins apportés à mon enfant par le personnel médical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai reçu les résultats des examens médicaux rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Les locaux sont bien entretenus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai reçu les informations correctes nécessaires à la sortie de l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Concernant les repas servis à mon enfant, j'en ai apprécié la qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Le personnel s'est préoccupé de soulager rapidement les douleurs de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Des activités récréatives adaptées ont été proposées à mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Si mon enfant devait être à nouveau hospitalisé, je choisirais le même hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22. Qui a complété la partie réservée à l'enfant :

- L'enfant seul
 L'enfant avec l'aide des parents

Avis de l'enfant :



Non
Concerné

23. J'ai été bien accueilli(e).

24. On m'a écouté quand j'ai dit que j'avais mal.

25. Je trouve que les repas sont bons.



26. Les docteurs ont bien pris soin de moi.



27. J'ai trouvé que les activités proposées étaient chouettes.

28. Les infirmières ont bien pris soin de moi.



29. On m'a expliqué ce qu'on allait me faire avant chaque examen.

30. Si je suis encore malade, je veux bien revenir ici.

