



Que pensez-vous des informations qui vous ont été données sur :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Vos droits et devoirs, ceux de votre enfant (livret d'accueil, Informatique et Liberté, Règlement intérieur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déroulement de l'organisation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les difficultés de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins dispensés à votre enfant (suivi, traitement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'existence d'autres dispositifs d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La prise en compte de l'entourage dans les soins de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation à votre enfant de sa prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte d'une éventuelle douleur physique de votre enfant (céphalées, maux de gorge,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'association du médecin ou pédiatre traitant de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'association de l'école dans la prise en charge de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'association des autres structures (sociales, médico-sociales, sanitaires...) dans la prise en charge de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations qui vous ont été données sur le traitement et la poursuite des soins à dispenser à votre enfant après la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE OPINION

Votre opinion générale  Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Insatisfait(e)  Très insatisfait(e)

## VOS COMMENTAIRES

VOS COMMENTAIRES

## POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :  Le père  La mère  Famille d'accueil  ASE

Vous avez le droit de garde :  Oui  Non

Vous êtes détenteur de l'autorité parentale :  Oui  Non

Age de votre enfant :

0 à 3 ans  4 à 5 ans  6 à 10 ans  11 à 13 ans  14 à 16 ans  + de 16 ans

La durée de séjour de votre enfant en HOSPITALISATION DE JOUR :

Moins de 6 mois  6 mois à 1 an  1 an à 2 ans  Plus de 2 ans

Vous avez rempli ce questionnaire : (plusieurs réponses possibles)

Seul(e)  Avec votre enfant  Avec un proche  Avec l'aide d'un soignant de la structure