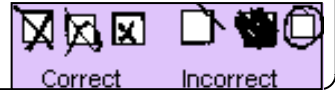


NE PAS AGRAFER, NE PAS PHOTOCOPIER, NE PAS PLIER

Afin de faciliter la saisie des questionnaires nous vous remercions de bien vouloir utiliser un crayon de couleur noire, de respecter les consignes de remplissage et de ne pas écrire dans les marges.

En cas d'erreur merci de bien vouloir noircir complètement la case erronée.

Pour chaque point veuillez indiquer votre degré de satisfaction (cochez une seule case)



Soucieux de mieux répondre à vos attentes, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

(Si vous avez plusieurs enfants en soins veuillez renseigner un questionnaire par enfant).

Votre structure : UCHA Chaurand

Je souhaite remplir le questionnaire : Oui Non

L'ACCES A LA STRUCTURE

Êtes-vous satisfait de :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La facilité à trouver les coordonnées téléphoniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les panneaux signalétiques indiquant la structure dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité à identifier la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès par les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité pour les personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ACCUEIL / LES CONTACTS AVEC LES EQUIPES DE SOINS

Quel est votre avis sur :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
L'accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté du message du répondeur téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors du premier rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La visite des locaux organisée lors du 1er RDV de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification des différents espaces et bureaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'affichage des informations concernant le fonctionnement de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention, le respect et la disponibilité du personnel à votre égard et celui de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les locaux, convivialité, propreté, confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Pour les RDV, êtes-vous satisfait de :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Du délai d'attente avant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du délai du 1er rendez-vous après votre première prise de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la facilité d'obtenir un RDV avec un professionnel au cours de l'hospitalisation de votre enfant / du suivi de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la ponctualité des RDV donnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 : Moins de 7 jours De 7 à 15 jours De 15 jours à 1 mois De 1 à 3 mois De 3 à 6 mois De 6 mois à 1 an De 1 à 2 ans Plus de 2 ans
- Lors de votre arrivée, l'hospitalisation de votre enfant s'est faite : Avec son consentement Sans son consentement
- S'agit-il : D'une hospitalisation libre D'une mesure de placement
- 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