Centre Hospitalier Rives de Seine

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE SORTIE DE NEONATALOGIE

Afin de poursuivre notre dynamique d'amélioration, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses restent confidentielles.

Ce questionnaire est à déposer dans la boite « Questionnaire de satisfaction » à l'entrée du service ou à envoyer à l'adresse :

Centre Hospitalier Rives De Seine – Direction de la Qualité
36 Bd du Général Leclerc - BP76 - 92205 Neuilly-Sur-Seine Cedex

**Prénom – Nom** (facultatif) : _____

**Date de prise en charge** : _____

Enfant unique ☐ Jumeaux ☐ Triplé ☐

## ACCUEIL ET INFORMATION

| Etes-vous satisfait(e) : | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| De l'accessibilité des locaux (signalétique) ? | | | | | |
| De l'accueil (amabilité du personnel, temps d'attente…) ? | | | | | |
| Des informations données à votre arrivée ? | | | | | |

Jugez-vous utile les informations contenues dans le livret d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

## LOCAUX DU SERVICE / ENVIRONNEMENT

| Qu'avez-vous pensé : | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| Du confort ? (Chambre de votre enfant, salon des parents, vestiaires) | | | | | |
| De l'intimité ? | | | | | |
| De la propreté ? (Chambre de votre enfant, salon des parents, vestiaires) | | | | | |
| De l'environnement sonore ? | | | | | |

Plus précisément, y a-t-il une pièce qui vous a posé problème et pourquoi ?

_____

_____

## RENCONTRE

Le personnel s'est-il présenté (nom, fonction) ? ☐ Oui ☐ Non

| Etes-vous satisfait(e) des temps d'échange avec les différents professionnels : | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| Infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture ? | | | | | |
| Pédiatres ? | | | | | |
| Psychomotricienne ? | | | | | |
| Psychologue ? | | | | | |
| Assistante sociale ? | | | | | |
| Cadre d'unité ? | | | | | |

## SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

| Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge concernant : | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| L'attention et le respect du personnel ? | | | | | |
| La bienveillance des professionnels à votre égard ? | | | | | |
| La qualité des soins ? | | | | | |
| La prise en charge de la douleur de votre enfant ? | | | | | |
| Le respect du rythme de sommeil ? | | | | | |
| La clarté des explications sur les soins et examens ? | | | | | |
| L'attention portée à vos proches (accueil fratrie et grands-parents) ? | | | | | |

| Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment : | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| Impliqué(e) dans les soins de votre enfant ? | | | | | |
| Soutenu(e) dans votre rôle de parent ? | | | | | |
| Informé(e) concernant le suivi des soins (rendez-vous, examens) ? | | | | | |

Les informations données lors de la préparation à la sortie vous ont-elles semblées suffisantes ? Oui ☐ Non ☐
Explicites ? Oui ☐ Non ☐
Remarques :

## APPRECIATION GENERALE

Avez-vous choisi d'être hospitalisé(e) dans cet établissement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pourquoi ? Si non, pour quel motif avez-vous été hospitalisé(e) dans cet hôpital ?

_____

| | | | | | Non concerné(e) |
|---|---|---|---|---|---|
| Etes-vous globalement satisfait(e) de votre séjour ? | | | | | |

Recommanderiez-vous cet hôpital ? Oui ☐ Non ☐

| Les 3 points forts | Les 3 points à améliorer |
|---|---|
| | |
| | |
| | |