



Questionnaire de satisfaction

Parents/Représentants légaux - UHEA

Madame, Monsieur,
Votre enfant/adolescent a été hospitalisé au sein de notre unité.

Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement,
nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes et confidentielles.
Elles contribueront à faire évoluer nos pratiques au bénéfice des patients et de leurs proches.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Vous êtes :

- ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐ Autre :
- ☐ Père ☐ Famille d'accueil



L'ACCUEIL

1. Comment évaluez-vous la qualité de l'accueil lors de l'admission de votre enfant/adolescent :

- ☐ 😊 Tout à fait satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt satisfaisante
- ☐ 😞 Plutôt insatisfaisante
- ☐ 😞 Pas du tout satisfaisante

2. Les informations délivrées lors de l'accueil (organisation du service, contacts, activités, règles de vie...) étaient-elles claires et compréhensibles :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😞 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout



3. Un livret d'accueil vous a-t-il été remis et expliqué :

- ☐ 😊 Oui, et il était clair et utile
- ☐ 😊 Oui, mais il manquait d'explications
- ☐ 😞 Non
- ☐ Je ne me souviens pas

DURANT L'HOSPITALISATION

4. Comment évaluez-vous l'écoute dont vous avez bénéficié et votre association aux décisions concernant la prise en soins de votre enfant/adolescent :

- ☐ 😊 Tout à fait satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt satisfaisante
- ☐ 😞 Plutôt insatisfaisante
- ☐ 😞 Pas du tout satisfaisante



5. Comment évaluez-vous la qualité des soins médicaux (explications, disponibilités, prise en compte des besoins...) :

- ☐ 😊 Tout à fait satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt satisfaisante
- ☐ 😞 Plutôt insatisfaisante
- ☐ 😞 Pas du tout satisfaisante

6. Comment évaluez-vous la qualité des soins paramédicaux (infirmier(ère), psychologue, éducateur(trice), assistant(e) social(e)...) :

- ☐ 😊 Tout à fait satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt satisfaisante
- ☐ 😞 Plutôt insatisfaisante
- ☐ 😞 Pas du tout satisfaisante



7. Les aspects liés à la scolarisation de votre enfant/adolescent ont-ils été suffisamment pris en compte (adaptations, accompagnement, informations) :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😞 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout

8. Avez-vous pu identifier clairement la fonction des différents professionnels intervenant auprès de votre enfant/adolescent :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😞 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout



9. Les modalités de visite (horaires, conditions d'accueil, locaux...) vous ont-elles semblé adaptées :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😊 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout

10. Les informations relatives aux permissions (organisation, consignes, modalités de retour) étaient-elles claires ?

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😊 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout



LA SORTIE

11. Comment évaluez-vous l'organisation de la sortie définitive :

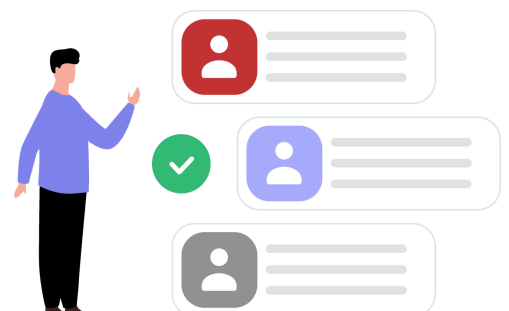
- ☐ 😊 Tout à fait satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt satisfaisante
- ☐ 😊 Plutôt insatisfaisante
- ☐ 😞 Pas du tout satisfaisante

12. Les informations concernant la continuité de la prise en soins (suivi, traitement, rdv, démarches...) étaient-elles claires et suffisantes :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😊 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout

13. Savez-vous quoi faire et qui contacter en cas de difficulté après la sortie (rechute, problème imprévu, question urgente...) :

- ☐ 😊 Tout à fait
- ☐ 😊 Plutôt oui
- ☐ 😊 Plutôt non
- ☐ 😞 Pas du tout



EXPRESSION LIBRE

VOTRE AVIS EST PRÉCIEUX

Merci de nous faire part de vos remarques ou suggestions afin d'améliorer le vécu des patients et de leurs proches :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Date de sortie de l'enfant/adolescent :

Facultatif :

Nom / Prénom (mère, père, tuteur légal...) :

Nom / Prénom de l'enfant/adolescent :