

D. Néonatalogie

(A ne remplir que si vous quittez l'hôpital avec votre enfant)

Quelle est votre appréciation concernant :



D.1. L'accueil par le personnel du service de néonatalogie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.2. L'information reçue au sujet de l'état de santé de votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.3. Le respect de votre intimité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.4. La qualité des soins donnés à votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.5. Le suivi médical de votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.6. Vos relations avec l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.7. L'accompagnement pour le choix de l'allaitement de votre bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.8. L'entretien des locaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.9. La place donnée au père.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.10. L'amabilité de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.11. Les informations relatives à votre retour à domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Fidélité

Oui Non

E.1. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2. A l'occasion d'une prochaine naissance, reviendrez-vous dans notre hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire Maternité - Version 1.2 - Février 2015



Cliniques universitaires de Bruxelles
Route de Lennik 808
B - 1070 Bruxelles
T +32 (0)2 555 31 11
M webmaster@erasme.ulb.ac.be
S www.erasme.ulb.ac.be



ÉVALUATION

du séjour hospitalier

Madame,
Monsieur,

Avant votre départ, nous serions heureux que vous nous fassiez part de vos impressions concernant votre séjour dans notre hôpital. En répondant à ce questionnaire, vous contribuerez à améliorer nos services afin d'en faire bénéficier les patients qui y feront appel dans le futur.

Pour répondre au questionnaire, cochez la case qui correspond à votre avis. En cas d'insatisfaction, il est important de nous donner des détails ci-dessous pour que nous puissions agir en conséquence.

Pr Johan Kips
Directeur général

Le questionnaire complété doit ensuite être **glissé dans l'enveloppe** prévue à cet effet et **déposé dans la boîte aux lettres** située près de la porte d'accès de l'unité de soins ou au bureau d'information situé au rez-de-chaussée.

Certaines choses pourraient encore être améliorées ? Faites-nous part de vos suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez recevoir une réponse de notre part, complétez les renseignements suivants :

Nom, Prénom

Rue, Avenue N° Bte

Code postal Ville T

CASES RÉSERVÉES À L'ADMINISTRATION



Questionnaire Maternité

62 - Maternité 2^{ème} étage
 60 - Maternité 6^{ème} étage



1. Quel est votre âge ? < 18 19 - 30 31 - 40 > 40

2. S'agit-il de votre premier accouchement ? Oui Non

3. Globalement, êtes-vous satisfaite de votre séjour à l'hôpital ?

4. Pendant votre grossesse, avez-vous eu l'occasion d'entrer en contact avec notre établissement ? Oui Non

5. Si oui, à quelle occasion ?

- Consultation prénatale chez le gynécologue et/ou la sage-femme
 Consultation d'allaitement Gymnastique prénatale
 Séance d'information / visite du service Préparation aquatique Autre (s)

6. Êtes-vous satisfaite de ce premier contact prénatal ?

A. Grossesse à risque

(à ne remplir que si vous avez été hospitalisée dans notre hôpital pour un problème lié à celle-ci)

Quelle est votre appréciation concernant :

Non Concerné

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A.1. L'accueil par l'équipe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.2. L'information au sujet de votre état de santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.3. Le suivi par l'équipe médicale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.4. La qualité des repas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.5. La qualité des soins par l'équipe soignante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.6. L'information au sujet de l'état de santé de votre enfant à naître. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.7. L'accompagnement psychologique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.8. Le confort de votre chambre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.9. L'amabilité de l'équipe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.10. L'entretien des locaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Bloc accouchement

B.1. Votre accouchement était-il : Spontané Provoqué

B.2. Si vous avez accouché par césarienne, était-elle : Programmée Non programmée

Quelle est votre appréciation concernant :

Non Concerné

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B.3. L'accueil par le personnel dès votre arrivée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.4. La qualité de l'information relative à l'avancée du travail. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.5. La qualité de l'information relative à la péridurale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.6. Le suivi médical par votre gynécologue. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.7. La réponse à votre projet d'accouchement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.8. Le respect de votre intimité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.9. L'attention de l'équipe face à la douleur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.10. L'amabilité de l'équipe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.11. La place donnée au père. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.12. Le confort des locaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Maternité

Quelle est votre appréciation concernant :

Non Concerné

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.1. L'accueil par le personnel lors de votre arrivée à la maternité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.2. L'attention de l'équipe portée à votre repos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.3. L'accompagnement pour le choix de l'alimentation de votre bébé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.4. La qualité de vos soins post-accouchement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.5. La qualité des repas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.6. Le suivi médical par votre gynécologue. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.7. La qualité des soins pour votre enfant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.8. Le suivi médical par les pédiatres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.9. La clarté de l'information reçue sur le déroulement des soins durant la journée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.10. La disponibilité de l'équipe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.11. L'entretien des locaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.12. Le respect de votre intimité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.13. La place donnée au père. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.14. L'amabilité de l'équipe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.15. Le confort et l'aménagement de votre chambre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.16. Les informations relatives à votre retour à domicile. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |