

22. Qui a complété la partie réservée à l'enfant : L'enfant seul
 L'enfant avec l'aide des parents

Avis de l'enfant :

					Non Concerné
23. J'ai été bien accueilli(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. On m'a écouté quand j'ai dit que j'avais mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je trouve que les repas sont bons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les docteurs ont bien pris soin de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. J'ai trouvé que les activités proposées étaient chouettes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Les infirmières ont bien pris soin de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. On m'a expliqué ce qu'on allait me faire avant chaque examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Si je suis encore malade, je veux bien revenir ici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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



1. Sexe de l'enfant :

Féminin Masculin

2. Âge de l'enfant :

< 2 2 - 6 7 - 12 > 12

Avis du ou des parent(s) :

						Non Concerné
3. Je suis satisfait(e) du séjour de mon enfant à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai reçu les informations nécessaires au bon déroulement du séjour de mon enfant (prix, TV, repas, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'accueil dans l'unité de soins a été chaleureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai pu participer aux soins de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai reçu une information claire sur les examens médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La chambre est confortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je sens mon enfant en sécurité à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai reçu une information claire sur la nature des soins apportés à mon enfant par le personnel de soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'intimité de mon enfant a été préservée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai reçu une information claire sur la nature des soins apportés à mon enfant par le personnel médical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai reçu les résultats des examens médicaux rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Les locaux sont bien entretenus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai reçu les informations correctes nécessaires à la sortie de l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Concernant les repas servis à mon enfant, j'en ai apprécié la qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Le personnel s'est préoccupé de soulager rapidement les douleurs de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Des activités récréatives adaptées ont été proposées à mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Si mon enfant devait être à nouveau hospitalisé, je choisirais le même hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

