

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE...

Questionnaire enfants

Nom :

Prénom :

(Facultatif)

Vous venez d'être hospitalisé au Centre de Rééducation Fonctionnelle de Villiers-sur-Marne. Nous vous remercions de consacrer quelques instants à ce questionnaire afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge de nos futurs patients. Chaque réponse sera soigneusement exploitée et toutes les remarques et suggestions feront l'objet d'une attention particulière.

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait | Non concerné |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre mois de sortie : Qui remplit le questionnaire ? <input type="checkbox"/> Mes parents <input type="checkbox"/> Mes parents et moi <input type="checkbox"/> moi | | | | | |
| Votre accueil / votre arrivée | | | | | |
| Mes proches et moi même avons été accueillis aimablement à mon arrivée au Centre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mes parents ont reçu des informations claires sur les formalités administratives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma prise en charge a été rapide et coordonnée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos soins | | | | | |
| - Mon kinésithérapeute a su me rassurer, me mettre à l'aise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - j'ai apprécié les séances de balnéothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mon ergothérapeute a su me rassurer, me mettre à l'aise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le professeur de sport a su, me rassurer, me mettre à l'aise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les infirmiers m'ont expliqué(e) les soins à réaliser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - On m'a aidé(e) au quotidien (aller au WC, m'aider à manger...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - On a respecté mon intimité (porte fermée lors des soins, douche, WC...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mon médecin référent m'a vu(e) régulièrement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les professionnels ont été attentifs à ma douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le personnel est gentil et attentif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mes parents ont eu la possibilité de rencontrer les professionnels qui se sont occupés de moi : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | | |
| Votre information par les professionnels qui vous ont pris en charge | | | | | |
| - J'ai reçu des explications sur ma prise en charge sans le demander | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - J'ai compris facilement les réponses aux questions que j'ai posées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - J'ai reçu des informations sur mes médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - J'ai reçu des informations sur les consultations programmées avec mon chirurgien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La confidentialité des informations qui me concerne a été respectée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre accompagnement social et psychologique | | | | | |
| - Aide apportée par le service social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Aide apportée par le psychologue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre environnement | | | | | |
| - Informations sur le fonctionnement du Centre (repas, visites, TV...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Commodité d'accès aux locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Facilité à vous orienter dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Propreté des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Calme des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Température des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Confort de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Etat du linge fourni (y compris en balnéothérapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---|---|---|---|----|
| Vos repas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - les repas m'ont plus | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| - les repas étaient variés sur une semaine | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| -mon régime et/ou de mes convictions religieuses ont été respectées | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Vos déplacements internes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - les brancardiers / brancardières ont été attentifs | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Animations – loisirs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - j'ai aimé les activités proposées | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| - Les éducateurs ont été attentifs à moi | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Scolarité (si concerné) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L'école a répondu à mes attentes | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Les enseignants ont été attentifs à moi | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| J'ai pu suivre le programme de mon niveau scolaire | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Délais d'attente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - j'ai été gêné par de longs temps d'attente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Si oui, à quelle(s) occasion(s) et combien de temps ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre sortie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Mes parents et moi-même avons été avertis de la sortie : | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 5 jours avant | | <input type="checkbox"/> moins de 48h avant | | | | | | | | |
| J'ai reçu toutes les informations utiles pour mon quotidien après la sortie | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Satisfaction générale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - je suis content(e) de mon séjour | | | | | | | | | | | choisissez un chiffre : | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| - je reviendrais dans l'établissement si je devais à nouveau faire de la rééducation ? | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> oui | | | | | <input type="checkbox"/> non | | | | | |
| - je Conseillerais l'établissement à mes proches (famille, amis) ? | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> oui | | | | | <input type="checkbox"/> non | | | | | |
| Bonnes surprises | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mauvaises surprises et suggestions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre mode d'hospitalisation (possibilité de cocher les 2 items) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interne <input type="checkbox"/> secteur des enfants <input type="checkbox"/> secteur des adolescents <input type="checkbox"/> secteur des patients polyhandicapés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> USPOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Externe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre âge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6 / 10 ans <input type="checkbox"/> 11 / 13 ans <input type="checkbox"/> 14 / 17 ans | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |