

Notre engagement : Vous apportez des soins de qualité dans une prise en charge personnalisée et sécuritaire !

En tant que patiente, vous êtes le centre de nos préoccupations et votre expérience au sein de notre établissement attire toute notre attention.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire, qui peut être anonyme, si vous le désirez. Vos réponses nous permettront de poursuivre notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

La cellule qualité

Trimestre 1 2 3 4

Votre mode d'accouchement Voie basse Césarienne

Votre suivi de grossesse

Avez-vous reçu les informations nécessaires et compréhensibles :

| | Oui, tout à fait | Oui, en partie | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pendant votre suivi de grossesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pendant votre consultation d'anesthésie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sur votre accouchement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sur le déroulement de votre hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez vous reçu la documentation d'informations :

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Coucou me voilà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pack prestations préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, ces documents vous ont apporter des réponses à certaines de vos interrogations ?

Oui Non

En grande partie

Si vous avez suivi des cours de préparation à la naissance, êtes vous satisfaite :

| | Oui, tout à fait | Oui, en partie | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la diversité des cours proposés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la qualité des informations délivrées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la qualité d'intervention des professionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous formalisé un projet de naissance ?

Oui Non

Si oui, le personnel a t-il été à l'écoute de votre projet ?

Oui tout à fait Oui, en grande partie Non

Avez-vous pu aller au bout de votre projet ?

Oui Non

Coordination et qualité des soins

Avez-vous eu le sentiment d'être pris en charge rapidement :

| | Oui | Non | Non concerné |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lors de votre prise en charge aux consultations externe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lors de votre arrivée en salle d'accouchement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lors de votre arrivée dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous eu le sentiment que l'équipe vous a traité :

| | Oui, tout à fait | Oui, en partie | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avec respect et préservé votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec ampathie et bienveillance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec écoute et réconfort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tournez la page, SVP.



Vous a-t-on interrogé pour vérifier votre identité, votre date de naissance, votre bracelet d'identification et votre intervention à toutes les étapes de votre prise en charge ?

| | Oui, systématiquement | Oui, selon les professionnels | Non, rarement | Non, jamais |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lors de votre admission administrative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A l'arrivée en salle de naissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lors de vos soins en hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lors de vos transports internes/brancardage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Confort Physique

Etes-vous satisfaite de la prise en charge de la douleur :

| | Très satisfaite | Satisfaite | Assez satisfaite | Pas du tout satisfaite |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pendant le travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pendant l'accouchement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pendant le séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez reçu une péridurale, quel a été à peu près le délai entre votre demande et la pose ?

- <30 min Entre 1h00 et 1h30 Au delà de 3h
 Entre 30 min et 1h00 Entre 2h et 3h00

L'analgésie péridurale a-t-elle bien calmé les douleurs pendant l'accouchement ?

- Oui, tout le long Au début mais pas à la fin Pas au début mais à la fin Non jamais

Inclusion de la famille et des proches

Votre accompagnant a - il :

| | Oui, tout à fait | Oui, en partie | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| été présent à vos cotés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| impliqué dans votre prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| reçu toutes les informations nécessaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Continuité et transition des soins

Lors de l'organisation de votre sortie, avez vous :

| | Oui | Non | Non concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| reçu tous les conseils de sortie (pour vous et votre bébé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| reçu la planification des RDV de suivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prestations et hôtellerie

Estimez-vous que les locaux sont propres ?

- Oui Non

Estimez-vous que les équipements de votre chambre sont adaptés en bon état ?

- Oui Non

Etes-vous satisfait de la qualité / quantité des repas ?

- Oui En grande partie Non

Evaluation globale de votre séjour

Etes-vous globalement satisfait de votre séjour dans notre établissement ?

- Très satisfaite Assez satisfaite Peu satisfaite Pas du tout satisfaite

Recommanderiez vous l'établissement ?

- Oui Non

Notez votre niveau de satisfaction de 1 à 10 (1 : médiocre-10 : excellent)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci pour votre retour d'expérience !

