

Date : ..... Votre nom (facultatif) : ..... Votre numéro de chambre : .....

### PREPARATION A LA NAISSANCE

Avez-vous suivi le programme de préparation à la naissance de l'établissement :	OUI	NON		
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Si oui, cette préparation a-t-elle répondu à vos attentes ?	☺	☺	☹	☹
Avez-vous élaboré un projet de naissance ?	OUI	NON		

### VOTRE ACCUEIL / ADMISSION

<b>Avez-vous apprécié :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Les échanges avec les secrétariats médicaux	☺	☺	☹	☹
L'amabilité du personnel d'accueil	☺	☺	☹	☹
La discrétion du personnel d'accueil	☺	☺	☹	☹
La qualité des informations fournies	☺	☺	☹	☹

### SALLE DE NAISSANCE/ BLOC CESARIENNE

#### **Votre prise en charge et l'accouchement de votre enfant :**

<b>Avez-vous apprécié votre :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Surveillance, soins et examens réalisés	☺	☺	☹	☹
La prise en charge de votre douleur	☺	☺	☹	☹
L'information sur votre état de santé et celle de votre enfant	☺	☺	☹	☹
L'accueil de votre enfant à sa naissance	☺	☺	☹	☹
<b>Avez-vous été satisfait des qualités relationnelles:</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Des Sages femme, auxiliaires puéricultrices	☺	☺	☹	☹
De l'équipe médicale (anesthésistes, obstétriciens)	☺	☺	☹	☹
<b>VOTRE ACCOMPAGNANT :</b>				
<b>Avez-vous apprécié :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
L'accueil qui lui a été réservé	☺	☺	☹	☹

EN QUA 002 a

L'information qu'on lui a donnée sur l'enfant et la maman	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
La place qu'on lui a défini pendant la naissance de l'enfant	☺	☺	☹	☹
Les informations données concernant l'organisation de la sortie	☺	☺	☹	☹

#### **NURSING**

<b>Avez-vous apprécié :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Les soins et la prise en charge du bébé	☺	☺	☹	☹
Les conseils sur l'allaitement	☺	☺	☹	☹
Les conseils pour le bain du bébé	☺	☺	☹	☹
Les conseils pour la gestion des pleurs de l'enfant	☺	☺	☹	☹

#### **HOTELLERIE :**

<b>Que pensez-vous de :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
L'espace réservé aux soins et au change du bébé	☺	☺	☹	☹
Le confort de la chambre	☺	☺	☹	☹
La propreté de votre chambre	☺	☺	☹	☹
La qualité des repas	☺	☺	☹	☹
Le lien avec les Agents de Services Hospitaliers (ASH)	☺	☺	☹	☹

### EN BREF

<b>Gardez-vous une bonne impression de votre séjour :</b>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
	☺	☺	☹	☹

Vos commentaires :

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation ! Ce document est à remettre au personnel lors de votre sortie ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à côté de la pouponnière