



- prise en compte des réclamations et observations oui  non  non concerné
- Pensez-vous que la douleur est bien prise en charge ?** **oui**  **non**
- Pensez-vous que l'intimité du patient est respectée** **oui**  **non**
- Pensez-vous que la prestation restauration répond à vos attentes :**
- variété et adaptation des menus oui  non  non concerné
- température des repas oui  non  non concerné
- horaires des repas oui  non  non concerné

**La fonction blanchisserie répond-elle à vos attentes :**

- propreté du linge oui  non  non concerné
- entretien du trousseau oui  non  non concerné

**La fonction nettoyage des locaux répond-telle à vos attentes :**

- dans les locaux collectifs oui  non  non concerné
- dans la chambre de votre enfant oui  non  non concerné

**La sécurité de votre enfant vous paraît-elle assurée ?** oui  non  non concerné   
**Si non, pourquoi ?**

.....

**Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes intervenantes dans le service où votre enfant est soigné ?** *oui*  *non*

**Avez-vous pris connaissance de la Charte de l'enfant hospitalisé** *oui*  *non*

**Globalement, vos droits d'usagers ont-ils été respectés ?** oui  non

**OBSERVATIONS DIVERSES :**

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Nom de l'enfant (facultatif) :

Date : \_\_\_\_\_

**Trouvez-vous que l'enquête est facile à remplir ?** OUI  NON   
 - quelles améliorations y apporteriez-vous ?

-----  
 -----  
 -----

Vous avez la possibilité de remettre cette feuille dans l'enveloppe prévue à cet effet et de la déposer dans la boîte aux lettres située à l'accueil lors de votre départ,

**OU**

de nous la renvoyer par courrier à l'adresse suivante (sous 8 jours) :

**Centre Médical Infantile  
 3 rue de la Prugne  
 63540 ROMAGNAT**

Je souhaite recevoir la synthèse réalisée à l'issue de ce questionnaire, mes coordonnées sont les suivantes :  
 .....