

# Votre avis est important

Pour améliorer votre prise en charge, nous avons besoin de connaître votre avis sur votre séjour à la maternité.

Merci de répondre aux questions suivantes. Si vous n'avez pas d'avis ou si vous n'êtes pas concerné(e), vous pouvez ne rien cocher ou encore cocher la case « Non concerné ».

Glissez ensuite le questionnaire de satisfaction dans la boîte qui lui est réservée dans le service, ou envoyez-le par la poste à l'aide de l'enveloppe mise à votre disposition.

• Date et heure d'arrivée à l'hôpital (même approximatives) :  /  /  h  Min

- Quel a été votre mode d'accouchement ?
- Accouchement par voie basse  
 Césarienne programmée avant le début du travail  
 Césarienne décidée au cours du travail
- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi pour votre enfant ?
- Lait maternel  
 Lait infantile

## En salle de naissance ou au bloc de césarienne

**Que pensez-vous des qualités relationnelles (amabilité, discrétion, écoute ...) avec :**

Non concerné 😊 😊 😞 😞

- Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes
- Les aides-soignantes / auxiliaires puéricultrices
- L'équipe médicale (médecin anesthésiste, obstétricien, internes ...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Votre prise en charge et l'accueil de votre enfant**

- Votre surveillance ainsi que les soins et examens réalisés jusqu'à la sortie de votre enfant
- La prise en charge de votre douleur
- Votre information sur votre état de santé
- L'accueil de votre enfant à sa naissance
- Votre information concernant votre enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Votre conjoint / votre accompagnant**

- L'accueil qui lui a été réservé (conditions d'attente, ...)
- Les informations qui lui ont été données sur votre état de santé et celui de votre enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre séjour dans le service d'hospitalisation de la maternité

Non concerné 😊 😊 😞 😞

**La prise en charge de votre enfant dans cette unité**

- Les soins prodigués à votre enfant
- Les informations / son état de santé

**La prise en charge de votre enfant dans l'unité kangourou**

- Les soins prodigués à votre enfant
- Les informations / son état de santé

**Avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes sur votre enfant en prévision de votre retour à domicile sur**

- les soins de confort et d'hygiène
- l'alimentation de votre enfant
- les dépistages à réaliser en post natal
- la prévention des accidents domestiques
- les pathologies du nouveau-né et du nourrisson
- le suivi médical de l'enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non concerné 😊 😊 😞 😞

**Que pensez-vous des professionnels ? (compétence, amabilité, discrétion ...)**

- Les sages-femmes
- les infirmières puéricultrices
- les médecins et internes
- les auxiliaires puéricultrices
- les aides-soignantes
- les agents de service hospitalier
- Vous êtes-vous sentie en confiance et soutenue par les professionnels ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Que pensez-vous de l'information donnée avant la sortie ?**

- sur votre suivi / votre surveillance
- sur la reprise de vos activités
- sur les moyens de contraception
- Comment jugez-vous les conditions de votre retour à domicile ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Le père dans le service

Non concerné 😊 😐 😞 😡

- Êtes-vous satisfaite de l'organisation des visites et de la présence des pères?
- Si votre conjoint est resté la nuit, que pensez-vous de l'organisation de son accueil ?



## Que pensez-vous du confort de la chambre ?

Non concerné 😊 😐 😞 😡

- Le confort du lit
- Le mobilier (table, rangements)
- L'espace réservé aux soins et au change de votre enfant
- Le confort du cabinet de toilette
- La propreté / le ménage
- Le calme dans le service le jour
- Le calme dans le service la nuit
- La température ambiante
- Le téléphone
- La télévision
- Internet



## Que pensez-vous de la restauration ?

- Avez-vous eu la possibilité de choisir vos menus ou de préciser les aliments que vous n'aimez pas manger ?  Oui  Non

- Vous a-t-on tous les jours proposé une boisson ou un goûter en dehors des repas ?  Oui  Non

Non concerné 😊 😐 😞 😡

- Que pensez-vous de la présentation en barquettes ?

- Êtes-vous satisfait(e) des entrées ?
  - Leur goût et leur qualité
  - Les quantités servies

- Êtes-vous satisfait(e) des plats principaux ?
  - Leur goût et leur qualité
  - Les quantités servies

- Êtes-vous satisfait(e) des desserts ?
  - Leur goût et leur qualité
  - Les quantités servies

- Êtes-vous satisfait(e) du petit déjeuner ?
  - La diversité du choix
  - Le goût et la qualité des aliments
  - Les quantités servies

Vous pouvez préciser vos réponses dans cet emplacement et nous faire part de vos commentaires, critiques, ou suggestions

Données facultatives : Nom

Prénom

Age