



Soucieux d'améliorer en permanence les soins et les services que nous vous proposons, nous avons besoin de votre avis et de vos remarques.

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et de renseigner les cases lisiblement et sans déborder afin de faciliter l'exploitation de vos réponses.

QUESTIONNAIRE DE MATERNITÉ

Site :	<input type="checkbox"/> Evreux	<input type="checkbox"/> Vernon			
Je suis :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> L'accompagnant	<input type="checkbox"/> La personne de confiance (Directives Anticipées)		
Nom-Prénom (facultatif) :	_____			Age :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ans
Je suis arrivé(e) le		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- Je suis sorti(e) le		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Date de l'accouchement <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Le type d'accouchement : <input type="checkbox"/> Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne programmée <input type="checkbox"/> Césarienne en urgence					
: Très Satisfait - : Satisfait - : Peu Satisfait - : Pas du tout Satisfait - NC : Non Concerné					
				NC	
ORIENTATION ET SIGNALÉTIQUE					
Etes-vous satisfait concernant :					
- L'extérieur des bâtiments (parking, entrées ...)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'intérieur des bâtiments (accueil, admissions, services ...)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DE GROSSESSE					
Etes-vous satisfait :					
- De l'accueil qui vous a été réservé au secrétariat			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Le livret d'accueil					
Le livret d'accueil de la Maternité vous a-t-il été remis ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Les informations contenues dans celui-ci vous ont-elles renseignées ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
> Rendez-vous de suivi et ouverture du dossier de maternité					
Votre suivi de grossesse a eu lieu :			<input type="checkbox"/> En ville	<input type="checkbox"/> À l'hôpital	<input type="checkbox"/> Les 2
Avez-vous réalisé l'entretien prénatal précoce (du 4 ^{ème} mois) ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si NON , pourquoi : _____					
Si OUI et à l'hôpital , a-t-il répondu à vos attentes :			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si NON , pourquoi : _____					
La prise en charge lors de vos consultations de suivi vous a-t-elle satisfaite ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si NON , pourquoi : _____					
Les informations reçues lors de vos consultations de suivi vous ont-elles satisfaite ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si NON , pourquoi : _____					
> Le projet de naissance					
Avez-vous un projet de naissance ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous exposé ce projet aux équipes ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Votre projet a-t-il pu être réalisé/mis en œuvre ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si NON , la raison			<input type="checkbox"/> Votre choix	<input type="checkbox"/> Décision médicale	
> Les cours de préparation à l'accouchement					
Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si OUI , ces cours ont eu lieu :			<input type="checkbox"/> En ville	<input type="checkbox"/> À l'hôpital	
Si les cours se sont déroulés à l'hôpital, ont-ils répondu à vos attentes ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE ET AU BLOC OPÉRATOIRE					
Lors de votre admission vous a-t-on proposé de mettre un bracelet d'identification ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Etes-vous satisfaite :					
- De l'accueil qui vous a été réservé en salle de naissance ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'identification des professionnels sur leur tenue ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'accompagnement des professionnels lors de votre accouchement ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De leur politesse, amabilité et bienveillance ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfaite de votre participation aux décisions concernant vos soins et traitements ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Vous êtes-vous sentie en confiance et soutenue par les professionnels ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous bénéficié d'une péridurale ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si OUI , a-t-elle été efficace ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il été proposé à vous ou votre accompagnant un peau à peau avec votre bébé ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	



VOTRE SÉJOUR DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION					
➤ Soins et informations pendant votre séjour					
Etes-vous satisfaite :					
- De la qualité de l'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la qualité des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations reçues sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations reçues sur l'état de santé de votre bébé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des réponses obtenues lorsque vous avez posé des questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des conseils reçus concernant les soins au nouveau-né ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'accompagnement dans la prise en charge de l'allaitement maternel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du respect de votre intimité durant les soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la place laissée à votre accompagnant ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous pu bénéficier d'un accompagnement par une psychologue ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
➤ Prise en charge de la douleur					
Etes vous satisfaite :					
- Des informations transmises sur la prise en charge de la douleur lors de votre admission dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'efficacité de la prise en charge tout au long de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la réactivité du personnel en cas de douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Hôtellerie					
Etes-vous satisfait :					
- De la propreté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du bruit environnant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la température dans les chambres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la quantité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du respect de votre régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sortie					
Etes-vous satisfait :					
- Des informations sur l'organisation de votre sortie (date, horaires) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations sur la reprise de vos activités (sport ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations sur les signes devant vous amener à recontacter l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations données à la sortie (complètes, claires et compréhensives) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si un médecin est intervenu lors de votre accouchement, avez-vous eu la possibilité d'échanger avec un médecin avant votre sortie ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SATISFACTION GENERALE					
Vous diriez de votre séjour à l'hôpital					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reviendriez-vous si nécessaire ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conseilleriez-vous le service Maternité à des proches, à des connaissances ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pourquoi avez-vous choisi le service de maternité du CH Eure-Seine ?					
<input type="checkbox"/> Pour les médecins y exerçant	<input type="checkbox"/> Sur avis de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> Pour la proximité géographique			
<input type="checkbox"/> Arrivée aux urgences	<input type="checkbox"/> Sur les conseils de votre entourage	<input type="checkbox"/> Suite à des séjours antérieurs			
<input type="checkbox"/> Par rapport à la réputation de l'établissement		<input type="checkbox"/> Autres : _____			
<u>Vos Remarques sont importantes pour améliorer les prises en charge :</u>					

Merci d'avoir pris quelques minutes pour remplir ce questionnaire. A votre départ vous pouvez le remettre au personnel ou le laisser dans votre chambre, ou dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet dans le couloir du service et dans le hall d'entrée de l'hôpital.