



*NA = Non applicable

QUESTIONS ENFANTS

1. Est-ce que c'était ta première opération ? ☐ Oui ☐ Non
2. As-tu compris les explications données par les soignants ? ☐ Oui ☐ Non
3. As-tu pu poser toutes les questions que tu voulais ? ☐ Oui ☐ Non
4. Les soignants t'ont-ils demandé ton avis avant les soins ? ☐ Oui ☐ Non
5. As-tu reçu et compris le questionnaire préanesthésique ? ☐ Oui ☐ Non
6. As-tu eu mal à un moment ? ☐ Oui ☐ Non
7. Si Oui, as-tu reçu une aide ou un traitement pour diminuer ta douleur ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NA
8. La chambre était-elle calme et adaptée ? ☐ Oui ☐ Non
9. Une activité t'as été proposée (tablette, musique...) ? ☐ Oui ☐ Non
11. Ton intimité a-t-elle été respectée ? ☐ Oui ☐ Non
12. L'accès à la salle de réveil a-t-elle été proposée à tes parents ? ☐ Oui ☐ Non
13. As-tu vécu un moment de stress ? ☐ Oui ☐ Non

14. Donne une Note sur 10 à la Clinique :/10

15. Tes suggestions :
.....
.....

QUESTIONS PARENTS

1. Les informations étaient-elles adaptées à l'âge de votre enfant ? ☐ Oui ☐ Non
2. Le livret d'accueil était-il utile ? ☐ Oui ☐ Non
3. Le recueil du consentement de votre enfant vous a-t-il été paru satisfaisant ? ☐ Oui ☐ Non
4. La participation et l'avis de votre enfant ont-ils été respectés ? ☐ Oui ☐ Non
5. Votre enfant a-t-il eu mal durant son séjour ? ☐ Oui ☐ Non
7. Si Oui, la douleur a-t-elle été soulagée ? ☐ Oui ☐ Non
10. La chambre était-elle calme et adaptée ? ☐ Oui ☐ Non
11. Votre présence avant/après intervention était-elle possible ? ☐ Oui ☐ Non
12. L'accès à la salle de réveil vous a-t-il été proposé ? ☐ Oui ☐ Non