

QUE PENSEZ-VOUS DE VOTRE PÉDIATRE ET DE SON CABINET?

Par le biais de ce questionnaire, nous souhaiterions avoir votre avis quant à votre pédiatre traitant. Veuillez cocher la réponse qui convient le mieux sur une échelle de 5 (= excellent) à 1 (= mauvais). Si l'une des questions ne vous concerne pas, cochez la case "n'est pas applicable/inapproprié".

Vos réponses resteront dans tous les cas anonymes.

Partie A: Partie générale pour les parents et les jeunes adultes (veuillez cocher)

1 Je suis parent/accompagnant Je suis un(e) jeune adulte

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CE PÉDIATRE ...		Mauvais excellent					n'est pas applicable/inapproprié
Pédiatre à évaluer: «Anrede» «Vorname» «Name»		1	2	3	4	5	
2	... vous a-t-il / t'a-t-il donné l'impression de bien vous/t'ausculter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... témoignait un intérêt pour la situation personnelle de votre enfant ou pour ta situation personnelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... a-t-il facilité le dialogue relatif aux problèmes de votre enfant/à tes problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	... vous a-t-il/t'a-t-il impliqué dans le choix du traitement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	... vous a-t-il/t'a-t-il écouté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... a-t-il soulagé les douleurs de votre enfant/tes douleurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... a-t-il traité les problèmes de votre enfant/tes problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	... a-t-il examiné votre enfant / t'a-t-il examiné profondément?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... a-t-il informé votre enfant/t'a-t-il informé des mesures de prévention de la maladie (par ex. vaccins, contrôles)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... a-t-il expliqué à votre enfant/t'a-t-il expliqué le but des examens et des traitements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... vous a-t-il / t'a-t-il fourni les informations que vous souhaitez/ou souhaitez concernant les troubles et/ou la maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... vous a-t-il/t'a-t-il aidé à gérer vos/tes émotions par rapport à votre/ton état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	... a-t-il expliqué à votre enfant/t'a-t-il expliqué pourquoi il est important de suivre ses conseils?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	... vous a-t-il/t'a-t-il expliqué les avantages et les inconvénients des différentes possibilités de traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	... vous a-t-il/t'a-t-il informé des effets (y compris indésirables) des médicaments prescrits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	... vous a-t-il/t'a-t-il expliqué comment vous pouvez/ou pouvez contribuer vous-même/toi-même à votre/ton rétablissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	... s'est-il souvenu des précédents entretiens et traitements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	... vous a-t-il/t'a-t-il préparé le cas échéant au rendez-vous avec un spécialiste ou à l'hôpital pour toi/votre enfant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ...							
20	... la disponibilité des autres collaborateurs/-trices du cabinet (à l'exception du médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	... l'offre de rendez-vous du cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ...		Mauvais					excellent	n'est pas applicable/inapproprié
		1	2	3	4	5		
22	... l'accessibilité téléphonique du cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	... la possibilité de parler personnellement au médecin au téléphone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	... le temps d'attente dans le cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	... la possibilité d'obtenir une aide rapide en cas d'urgences?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	... la coopération entre le médecin et ses collaborateurs/-trices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	... le respect de la confidentialité des données du patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	... la propreté et l'état du cabinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	... les informations relatives à la personne de contact en cas de fermeture du cabinet (week-end, vacances)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	... la possibilité d'être soigné et conseillé par le médecin que vous préférez/te préfères? (<i>uniquement pour les cabinets communs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie B: Questions spécifiques réservées aux parents et aux personnes accompagnant des enfants

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CE PÉDIATRE ...		Mauvais					excellent	n'est pas applicable/inapproprié
		1	2	3	4	5		
31	... a-t-il impliqué (dans la mesure du possible) votre enfant dans l'entretien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	... a-t-il géré les angoisses de votre enfant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	... a-t-il un humour adapté à l'enfant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	... vous a-t-il conseillé en matière de vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	Comment évaluez-vous l'amabilité des autres collaborateurs du cabinet (à l'exception du médecin) vis-à-vis des enfants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	L'aménagement du cabinet est-il adapté aux enfants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Comment évaluez-vous l'offre de jouets dans la salle d'attente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	L'aménagement du cabinet est-il adapté aux nourrissons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie C: Questions spécifiques réservées aux jeunes adultes

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CE PÉDIATRE ...		Mauvais					excellent	n'est pas applicable/inapproprié
		1	2	3	4	5		
39	... a-t-il mis à disposition un choix suffisant de magazines dans la salle d'attente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	... s'est-t-il, d'après ton ressenti, montré respectueux lors des entretiens et des examens corporels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41	... s'est-il montré compréhensif par rapport à tes problèmes en tant que jeune adulte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	... a-t-il su gérer tes angoisses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	... t'a-t-il aidé à te sentir suffisamment bien pour pouvoir accomplir tes tâches quotidiennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie D: satisfaction générale et données générales destinées aux parents et aux jeunes adultes

Pédiatre à évaluer: «Anrede» «Vorname» «Name»		Pas du tout d'accord			Tout à fait d'accord		n'est pas applicable/inapproprié
		1	2	3	4	5	
44	Je recommande vivement ce pédiatre à mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Je n'ai aucune raison d'envisager de changer de pédiatre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informations personnelles

- 1) Sexe masculin féminin
- 2) Âge ans
- 3) Quelle est votre langue maternelle?
- Allemand
 Français
 Anglais
 Italien
 Romanche
 Portugais
 Turc
 Langues slaves
 Espagnol
 Autres
- 4) De manière générale, comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant/juges-tu ton état de santé?
- Excellent
 Très bon
 Bon
 Satisfaisant
 Mauvais
- 5) Combien de jours votre enfant a-t-il été/avez-vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois? Jours
- 6) Souffres-tu / votre enfant souffre t-il d'une maladie grave depuis plus de 3 mois déjà? Oui Non
- 7) Combien de fois as-tu / avez-vous consulté ce pédiatre / médecin au cours des 12 derniers mois (à domicile ou au cabinet)? Fois
- 8) La dernière fois que tu as été / votre enfant a été très malade, quand avez-vous / as-tu pu obtenir un rendez-vous?
- Le même jour
 Le jour suivant
 Dans un délai de 2 à 5 jours
 Dans un délai de 6 jours et plus
- 9) D'après votre expérience, quel a été en moyenne l'attente dans ce cabinet?
- Moins de 30 min.
 1 à 2 heure(s)
 30 min à 1 heure
 Plus de 2 heures
- (il s'agit ici de la durée entre l'heure de rendez-vous prévue et le début effectif de consultation)*

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire!