

ENQUETE D'OPINION CONCERNANT
LES SOINS PEDIATRIQUES SPECIALISES A DOMICILE
COMME ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION CLASSIQUE



A renvoyer pour le : 20 juin 2007

Par mail, fax ou courrier postal

E-mail : minne.huma@swing.be Site web : www.associationhu.org

Siège social : 9,rue de la Roche – 1490 FAUX Court-St-Etienne Tél/Fax : 010/61.16.86 - 081/20.14.21
E-mail : contact@associationhu.org - minne.huma@swing.be Site web : <http://www.associationhu.org>
N° d'entreprise : 451012 683 N° de compte bancaire : 210-0333437-03

A REMPLIR PAR LES PATIENTS QUI LE SOUHAITENT

1. Renseignements généraux.

1.1. Date de naissance :

1.2. Avez-vous des frères et soeurs? oui non

Si oui , combien :
 quel est votre rang dans la fratrie :

1.3. Activité scolaire :

1.4. Pouvez-vous bénéficier d'un soutien scolaire

	toujours	souvent	parfois sous conditions	jamais
école d'origine				
école à l'hôpital				
associations				
amis				
autres				

1.5. Pouvez-vous obtenir le soutien de

	régulièrement	souvent	parfois	jamais
membres de la famille				
amis				
associations de bénévoles				
associations de bénévoles				
un (e) garde malade				
une psychologue				
un service de bibliothèque				
de ludothèque				
mouvements de jeunesse				
autres				

2. Questions générales

2.1 En ce moment êtes-vous admis en

	oui	non
hospitalisation classique		
pouvez-vous rentrer à domicile pour		
* le week end		
* les périodes hors traitement		
hospitalisation de jour		
en soins continus à domicile		

2.2. Connaissez les possibilités de service de soins à domicile ? oui non

2.3. S'il existait une structure de soins pédiatriques à domicile souhaiteriez-vous en bénéficier ? oui non

Commentaires

.....
.....
.....
.....

3. Questions spécifiques

3.1. Intérêts de la création de telles structures

3.1.1. Pensez-vous que la prise en charge à domicile soit importante pour ?

	très important	important	faible	sans avis
l'organisation de la vie de famille				
votre confort				
les contacts avec les frères et soeurs				
autres				

Commentaires

.....
.....
.....
.....

3.2. Obstacles à la création de telles structures

3.2.1. Voyez-vous, pour vous-même, des obstacles à ce type de prise en charge

difficultés d'appliquer et de suivre le traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
difficultés de respecter les limites imposées par votre maladie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
difficultés de gérer votre angoisse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires

.....
.....
.....
.....

3.2.2. Pensez-vous, que votre présence et celle de l'équipe soignante peuvent occasionner pour vos parents

	oui	peut-être	non	sans avis
charge de travail supplémentaire				
poids important de responsabilité, prise de décision				
autres				

Commentaires

.....

.....

.....

3.2.3. Voyez-vous, pour vos frères et sœurs, des obstacles à ce type de prise en charge

	oui	peut- être	non	sans avis
difficulté d'avoir un moment privilégié avec leurs parents				
difficulté de s'adapter à la présence d'un frère ou d'une sœur malade				
difficulté d'exprimer leurs sentiments				
autres				

Commentaires

.....

.....

.....

Ces obstacles sont-ils surmontables ? oui non

Si oui : avec quelle aide :

.....

.....

avec quels moyens :

.....

.....

4. A remplir uniquement par ceux qui bénéficient d'un suivi à domicile

Ce type de prise en charge vous paraît-il globalement satisfaisant ? oui non

4.1. Etes-vous, en tant que patient, globalement satisfait par rapport à

	très	suffisamment	peu	insatisfait
soins qui vous sont prodigués				
votre rôle dans cette prise en charge				
l'intérêt porté à la fratrie				
respect de votre intimité				
services de soutien et d'encadrement, relais de garde, ludique, scolaire...				
autres				

4.2. Etes-vous, en tant que patient, satisfait par rapport à

	très	suffisamment	peu	insatisfait
votre relation avec les soignants				
la continuité des soins par un soignant de référence				
les informations reçues quant aux traitements				
* nouvelle orientation thérapeutique				
* ré hospitalisation éventuelle				
* changement dans l'équipe				
* changement d'horaire				
la possibilité de joindre le service en cas d'urgence				
la possibilité d'exprimer vos demandes				
la possibilité de rencontrer le responsable du service				
autres				

4.3. Etes vous satisfait par rapport au

	très	suffisamment	peu	insatisfait
matériel mis à disposition				
autres				

Vos Commentaires

.....
.....
.....

Suggestions pour l'organisation de telles structures

.....
.....
.....

Commentaires sur l'intérêt de généraliser ce type de prise en charge

.....
.....
.....

Merci pour votre aimable participation