

1. Renseignements généraux à l'Institution hospitalière

Nom de l'Institution hospitalière:

Adresse:

Code Postal: Ville/Commune:

Tél: Fax:

E-mail:

Nom du directeur administratif:

Nom du chef de clinique/directeur médical:

Nom du directeur de nursing général:

Nom du Médecin-Chef de la pédiatrie:

Nombre de lits dans l'institution:

Nombre de lits en pédiatrie:

Y a-t-il un service spécifique pour les adolescents: oui non
si oui, nombre de lits:

Personne de contact:

Nom:

Tél: Fax:

E-mail:

2. Renseignements spécifiques à la pédiatrie

2.1. Y a-t-il un service/département de pédiatrie ? oui non
si oui,

Nom du Responsable médical du service/département de pédiatrie:

.....

Nom du Chef de nursing de pédiatrie:

Nom du service/département de pédiatrie:.....

Nombre de lits:

2.2. Y a-t-il plusieurs unités/services distincts (hémo-onco, cardio, pneumo, chirurgie, ...) ?
 oui non

si oui, précisez les unités/services et le nombre de lits

Unité/Service	Nombre de lits	Unité/Service	Nombre de lits

2.3. Y a-t-il une unité d'urgence spécifique pour les enfants ? oui non

2.4. Y a-t-il un service de soins intensifs pour les enfants ? oui non

2.5. Y a-t-il une structure d'accueil interne au service ?

	accueil des enfants	accueil des parents
aux consultations	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
à l'admission	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
aux urgences	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'accueil est assuré par (spécifier la fonction)

L'accueil des enfants			
	aux consultations	à l'admission	aux urgences
Infirmière			
Assistante sociale			
Psychologue			
Educateur/trice			
Bénévole			
Autres			

L'accueil des parents			
	aux consultations	à l'admission	aux urgences
Infirmière			
Assistante sociale			
Psychologue			
Educateur/trice			
Bénévole			
Autres			

2.6. Y a-t-il une personne de référence qui assure le lien entre les consultations et l'admission en hospitalisation ? oui non

2.7. Y a-t-il une préparation spécifique à l'hospitalisation pour les enfants ? oui non

si oui, qui l'assure
 disposez-vous d'outils d'information (livrets, vidéo, ...): oui non
 si oui, précisez:

Y a-t-il une préparation spécifique à l'hospitalisation pour les parents ? oui non

si oui, qui l'assure
 disposez-vous d'outils d'information (livrets, vidéo, ...): oui non
 si oui, précisez:

2.8. Le service/département de pédiatrie bénéficie-t-il d'un(e) psychologue ? oui non

si oui nombre:

nombre d'heures de prestation:

Est-il (elle) disponible pour intervenir auprès

	enfants	parents	soignants	autres
oui/non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
occasionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour autres, précisez la fonction:

2.9. Le/la psychologue qui prend les enfants et les parents en charge, intervient-il/elle auprès de l'équipe des soignants ? oui non

si oui, réunion de staff : oui non

réunion ponctuelle: oui non

autres:

2.10. Le service/département de pédiatrie prévoit-il l'aide d'une assistante sociale ?

oui non

si oui, quelles sont ses missions:

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

3. La présence et l'intégration des parents

3.1. Renseignements spécifiques à l'unité/au service

Intitulé de l'unité/du service:

Nom du médecin responsable:

Nom de l'infirmier(ère)-chef:

Nombre d'infirmier(ère)s:

Investissement du temps de travail en équivalent temps plein:

Nombre d'élèves infirmier(ère)s:

Investissement du temps de travail en équivalent temps plein:

Nombre d'aide infirmier(ère)s:

Investissement du temps de travail en équivalent temps plein:

Nombre d'éducateur(trice)s:

Investissement du temps de travail en équivalent temps plein:

Autres:

Investissement du temps de travail en équivalent temps plein:

Votre service est-il un service de : - soins lourds: oui non
 - soins classiques: oui non
 - autre:

3.2. La présence des parents dans le service

3.2.1. La présence des parents est-elle:

	autorisée	non autorisée	encouragée	tolérée
pendant le séjour				
pendant les soins				
pendant les examens				
pendant l'induction anesthésique				
en salle de réveil				

3.2.2. La famille proche comprend-elle:

père/mère	frères/sœurs	grands-parents	autres

3.2.3. La famille est-elle admise sans limite en dehors des heures de visite: oui non

si oui, combien de personnes sont-elles admises:

si non, précisez les horaires:

combien de personnes sont-elles admises:

par qui les horaires sont-ils fixés:

3.2.4. Lors de l'admission y a-t-il une information prévue concernant la présence de la famille

pour la famille: oui non

les enfants: oui non

les soignants: oui non

3.2.5. Les droits et devoirs des parents sont-ils fixés par un règlement ? oui non
si oui, précisez les grandes lignes:

si non, envisagez-vous de fixer un règlement ? oui non

3.3. L'accès à l'information médicale

3.3.1. Les parents ont-ils la possibilité
de recevoir des informations médicales : oui non
si oui, par qui:
y a-t-il un référent:
de prendre part aux décisions de traitement: oui non
si oui, comment:
de participer aux soins: oui non
si oui, lesquels:
de se faire aider par un tiers: oui non
si oui, précisez:

3.4. L'encadrement des parents et du personnel soignant

3.4.1. Les parents peuvent-ils faire appel à un(e) psychologue ? oui non

3.4.2. Y a-t-il des groupes de parole pour
les parents: oui non
les enfants: oui non
les soignants: oui non

3.4.3. Y a-t-il des formations à la relation pour l'équipe des soignants ? oui non

3.5. L'accueil des parents

3.5.1. Y a-t-il dans le service des chambres mère/enfant ? oui non
si oui, combien
si non, envisagez-vous la possibilité : oui non

3.5.2. Les parents sont-ils admis la nuit: oui non
- si oui, disposent-ils d'un lit : oui non
d'un lit pliant: oui non
d'un fauteuil : oui non
autre:
et ce quelque soit la catégorie de la chambre: oui non
si non, précisez:
- si non, pourquoi:

- 3.5.3. Y a-t-il un espace prévu pour les parents ? oui non
 pièce de détente : oui non
 lieu de rencontre avec les soignants: oui non
 lieu de rencontre avec le médecin: oui non
 lieu de rencontre avec le(a) psychologue : oui non
 lieu de rencontre avec d'autres parents : oui non

- 3.5.4. Les parents ont-ils la possibilité de réchauffer un plat : oui non
 prendre un repas : oui non
 se rafraîchir: oui non

3.6. Le mode de financement

- 3.6.1. La présence des parents engendre-t-elle des frais pour
 l'institution hospitalière : oui non
 les parents : oui non

	pour l'institution		pour les parents	
	oui	non	oui	non
rester la nuit				
prendre les repas				
possibilité de parking				
autres				

- 3.6.2. Quelle est la participation financière pour les parents qui restent la nuit auprès de leur enfant?
 Montant/nuit en €

- 3.6.3. Les frais engendrés par la présence des parents sont-ils pris en charge par:

Cette participation est-elle prise en charge par

l'institution hospitalière : oui non

parfois : oui non

toujours : oui non

globalement: oui non

partiellement: oui non

les parents : oui non

parfois : oui non

toujours : oui non

globalement: oui non

partiellement: oui non

une association : oui non

parfois: oui non

toujours: oui non

globalement: oui non

partiellement: oui non

autres:

3.7. Remarques

3.7.1. Quels sont pour votre institution et/ou service les aspects prioritaires dans la relation avec les familles?

3.7.2. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par la présence des parents ?

3.7.3. Quels sont les avantages liés à la présence des parents ?

3.7.4. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour mettre en œuvre vos projets d'intégration des parents dans le service ?

3.7.5. Suivant l'expérience que vous avez, pensez-vous que la présence des parents soit adéquate ?

3.7.6. Souhaitez-vous formuler d'autres remarques ?

4. Prise en charge de la douleur

4.1. Y a-t-il dans votre service une prise en charge systématique de la douleur de l'enfant ?
 oui non
si non, pourquoi:

4.2. Y a-t-il une stratégie de la prise en charge de la douleur de l'enfant dans toute l'institution : oui non
dans les unités de soins lourds : oui non
aux urgences : oui non
au cas par cas : oui non

4.3. Précisez succinctement le type de prise en charge de la douleur

4.4. Qu'implique la prise en charge de la douleur pour le service au niveau
- du personnel:

- du choix du soin:

- du temps (organisation des soins):

4.5. Qui assure la prise en charge de la douleur:

un référent : oui non

si oui, quelle est sa fonction:

toute l'équipe : oui non

4.6. Une formation à la prise en charge de la douleur est-elle prévue ? oui non

si oui,

- cette formation est prévue pour

toute l'équipe : oui non

les personnes qui assurent la prise en charge : oui non

le médecin responsable et le chef de service : oui non

- cette formation est prévue

au sein de l'institution: oui non

à l'extérieur: oui non

- cette formation est donnée par:

fonction de la personne:

si non, pourquoi ?

- la prise en charge financière de cette formation est assurée par:

	globalement	partiellement
l'institution hospitalière		
le soignant		
une firme		

- 4.7. Une formation est-elle nécessaire ? oui non
si oui, est-elle nécessaire pour
toute l'équipe : oui non
les personnes qui assurent la prise en charge : oui non
le médecin responsable et le chef de service : oui non
- 4.8. Les enfants sont-ils informés de la prise en charge de la douleur ? oui non
si oui, par qui:
Les parents sont-ils informés de la prise en charge de la douleur : oui non
si oui, par qui:
- 4.9. A partir de quel âge la douleur est-elle reconnue et prise en charge ?
- 4.10. Y a-t-il moyen de pratiquer une prévention de la douleur ? oui non
si oui, comment:
- 4.11. La prise en charge de la douleur implique-t-elle un surcoût financier ? oui non
si oui, pour l'institution : oui non
pour les parents : oui non
- 4.12. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de la douleur ?

Personne ou équipe qui remplit le questionnaire

Nom:

Fonction:

Tél:..... Fax:

E-mail:

Merci de votre collaboration

A envoyer POUR LE 15 MAI au plus tard à:

M-Th MINNE-PAUL
9 rue de la Roche
1490 FAUX Court-St-Etienne

e-mail : minne.huma@swing.be

Tél. et Fax 010/61.16.86