

**Nom :**

**Prénom :**

## Questionnaire parental de fin de suivi

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été suivi dans le cadre du réseau Naître et Devenir en raison de sa prématurité. Pourriez-vous avoir la gentillesse de consacrer quelques minutes à remplir ce questionnaire ? Votre participation nous aide à adapter le suivi pour répondre au mieux à vos attentes.

Ce questionnaire est à remplir au cours de la dernière consultation Naître et Devenir et à remettre au médecin ou à renvoyer par courrier à l'adresse suivante :

**Réseau Naître et Devenir  
24 rue Brandis  
13005 Marseille**

Bien cordialement.

L'équipe de coordination.

**Médecins pédiatres coordinatrices :**

Patricia GARCIA-MERIC  
Marie FABRE-GRENET  
Valérie NIEL-BERNARD  
Anne-Sophie MONNIER

**Kinésithérapeute coordinatrice :**

Hélène LINSOLAS

**Coordinatrice administrative :**

Mellie AYMERIC-PONSONNET

**Assistante administrative :**

Meriem AIT OUALI

**Secrétaire :**

Virginie SIBERKAT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1. Le fait que votre enfant soit suivi dans le cadre du réseau Naître et Devenir vous a plutôt :

😊 rassuré

😞 inquiété

😐 ni rassuré, ni inquiété

2. Le fait que le réseau forme des médecins référents est-il selon vous :

😊 important

😞 peu important

? ne sait pas

3. Le médecin référent de votre enfant est-il son pédiatre (celui qui le suit habituellement) ?

oui

non

4. Avez-vous changé de médecin référent au cours du suivi de votre enfant ?

oui

non

Si oui, pour quelles raisons ? (éloignement géographique, mauvais contact, manque de disponibilité ...)

5. Le nombre de consultations prévues par le réseau vous semble-t-il :

😊 satisfaisant

**trop** important

pas assez important

? ne sait pas

6. Par rapport au nombre de consultations prévues, vous vous êtes rendus à :

👐👐 toutes les consultations  
ou presque

👐 la moitié  
des consultations

✌️ moins de la moitié  
des consultations

? ne sait pas

7. Au cours de son suivi, votre enfant a-t-il eu besoin de prises en charge ? (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité ...) ou d'avis spécialisés ? (neuropédiatre, pneumopédiatre ...)

oui

non

Si oui, le médecin référent de votre enfant ou le réseau ont-ils pu bien vous orienter ?

oui

non

? ne sait pas

8. Au cours du suivi, avez-vous contacté le réseau ?

oui

non

Si oui, la réponse apportée vous a :

😊 satisfait

😞 peu satisfait

😞 pas satisfait

? ne sait pas

9. La fin du suivi en réseau de votre enfant est-elle pour vous :

😊 rassurante

😞 inquiétante

😐 ni rassurante, ni inquiétante

10. Allez-vous continuer à faire suivre votre enfant par son médecin référent ?

oui

non

? ne sait pas

11. Avez-vous consulté notre site internet ?

oui

non

Si oui, avez-vous trouvé le renseignement cherché ?

oui

non

12. Avez-vous des remarques ou des propositions à nous faire ?

😊 **Merci pour votre participation !**