

**Questionnaire à distance**

Bonjour,

Vous avez participé en avril 2014 à la formation **« L’urgence en cardiologie »** au CESU de Strasbourg. Afin de nous permettre de mesurer l’impact de cette formation sur lespratiques professionnelles nous vous sollicitons quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire consiste en une série d’affirmations. Nous vous demandons d’être attentif dans la lecture et d’indiquer vos sentiments à propos de chaque affirmation ci-dessous **en entourant votre degré de satisfaction et/ou votre niveau de compétences** qui décrit le mieux vos sentiments **de 1 « *pas du tout satisfait/ absolument pas capable »* à 8 *« tout à fait satisfait/ tout à fait capable ».***

Nous vous remercions par avance de votre participation. Ce questionnaire anonyme est sur la base du volontariat.

L’équipe pédagogique du CESU67

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : ……………………………………… Année du diplôme ………………

Lieu d’exercice (service) : ………………

Votre tranche âge : □ 20-30 ans □ 30-40 ans □ 40-50 ans □ plus de 50 ans

Votre ancienneté dans ce service : □ moins de 1 an □ 1 à 3 ans □ 3 à 5 ans □ plus de 5 ans

Vous avez participé à cette formation car :

□ c’était une demande de ma part lors du choix de mes objectifs de formation pour l’année

□ c‘était une proposition du cadre de santé, et j’y ai adhéré

□ c’était une décision du cadre de santé et je n’en connais pas les raisons

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer votre niveau de satisfaction et/ou compétences  avec ces affirmations sur une échelle de **1 (pas du tout satisfait)** à **8 (tout à fait satisfait)** | |
| Je garde un bon souvenir de la formation. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je conseille à mes collègues de suivre cette formation. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer votre niveau de satisfaction et/ou compétences  avec ces affirmations sur une échelle de **1 (absolument pas capable)** à **8 (tout à fait capable)** | |
| Je connais le numéro d’appel d’urgence. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Lors d’une situation d’urgence je connais les informations utiles à transmettre au médecin. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je sais utiliser le matériel que contient le chariot d’urgence. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je connais les médicaments du chariot d’urgence, leurs mode de préparation, d’administration et leurs surveillance. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je peux donner l’indication de l’utilisation du défibrillateur automatisé externe. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je peux prendre en charge un arrêt cardio-respiratoire selon les recommandations actuelles. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| .Je connais le matériel à préparer pour une intubation orotrachéale. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je sais mettre en place une oxygénothérapie adaptée à la situation. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je sais comment agir lors de la survenue d’une hémorragie externe. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je me sers des acquis de la formation dans ma pratique professionnelle quotidienne. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| Je pense que j’arrive à prioriser les actions à entreprendre en situation d’urgence. | **1 2 3 4 5 6 7 8** |

**Concernant les pathologies cardiaques suivantes, je suis capable d’en expliquer la physiopathologie, les symptômes, le traitement, la surveillance :**

|  |  |
| --- | --- |
| L’infarctus du myocarde | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| L’oèdeme aigu pulmonaire | **1 2 3 4 5 6 7 8** |
| L’insuffisance cardiaque | **1 2 3 4 5 6 7 8** |

**Commentaires libres : ……………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Le questionnaire est à remettre au cadre de santé de votre service dans l’enveloppe ci-jointe .**

**MERCI**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Le questionnaire est à remettre au cadre de santé de votre service dans l’enveloppe ci-jointe .**

**MERCI**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Le questionnaire est à remettre au cadre de santé de votre service dans l’enveloppe ci-jointe .**

**MERCI**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Le questionnaire est à remettre au cadre de santé de votre service dans l’enveloppe ci-jointe .**

**MERCI**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Le questionnaire est à remettre au cadre de santé de votre service dans l’enveloppe ci-jointe .**

**MERCI**