

Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Dans le but d'améliorer la qualité des soins et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse.
Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre à la secrétaire de la structure ou nous le retourner sous enveloppe à la direction.
Vos réponses resteront confidentielles.

Date : Vous complétez le questionnaire papier ou via le QR Code

Etes-vous un Homme une Femme

Quel est votre âge ? :

Depuis combien de temps fréquentez-vous cette structure de soins :

Moins de 1 mois De 1 mois à 1 an De 1 à 5 ans Supérieur à 5 ans

Vous avez été accueilli dans la structure :

CMP CATTp HDJ Plateforme Léonard de Vinci

Dans le secteur (facultatif) :

Ville :

Secteur 9 Secteur 20 Secteur 21

AVEZ VOUS TROUVE FACILEMENT LE LIEU ? OUI NON

VOUS A-T-ON DONNE LA PLAQUETTE DE LA STRUCTURE ? OUI NON

QUEL EST VOTRE AVIS SUR ?

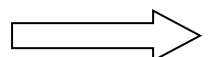
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Concerné
L'ACCUEIL, au niveau de					
▪ L'accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Secrétariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Délai proposé pour le 1 ^{er} RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Temps passé dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITE DES SOINS MEDICAUX, en termes de

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Qualité de l'information concernant : | | | | | |
| - Votre maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le ou les traitements qui vous sont proposés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre parcours de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Délai entre deux consultations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Qualité de la prise en charge médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA PRISE EN CHARGE PAR LE PSYCHOLOGUE, en termes de

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Qualité de l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Qualité de la prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Du délai proposé pour le 1 ^{er} RDV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Concerné
LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS en termes					
▪ Qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Qualité de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LA QUALITE DU SERVICE SOCIAL au niveau de					
▪ Qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Qualité de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Qualité de l'accompagnement dans les démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITE DES LIEUX, en termes de					
▪ Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Accessibilité à l'intérieur des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Confort des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hygiène et propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETES VOUS CONCERNE PAR DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES ? **OUI** **NON**

SI OUI, QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA QUALITE DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES					
▪ Individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ En groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIEZ VOUS DE REPAS ? **OUI** **NON**

SI OUI, QUEL EST VOTRE AVIS SUR LES REPAS					
▪ Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hygiène et confort de la salle à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'UNE MANIERE GENERALE					
▪ Etes-vous satisfait de la prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez des remarques ou des suggestions à nous faire, n'hésitez pas à nous les formuler ici :

Merci pour votre participation
EPS Erasme, 143 avenue Armand Guillebaud 92160 Antony