





Dans le but de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins, de votre prise en charge ou celle de votre enfant, et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire, **facultatif et anonyme**, et de le remettre à la personne chargée de l'accueil dans l'enveloppe jointe. Vos réponses resteront confidentielles.

AUJOURD'HUI, VOUS AVEZ ETE ACCUEILLI AU :

POLE **NOM STRUCUTRE**

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| LORS DE VOTRE PREMIER RDV, AVEZ-VOUS TROUVE FACILEMENT L'UNITE ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|

| |  |  |  |  | NC |
|--|---|--|---|---|--------------------------|
| QUEL EST VOTRE AVIS SUR : | <i>Très satisfaisant</i> | <i>Satisfaisant</i> | <i>Peu satisfaisant</i> | <i>Pas du tout satisfaisant</i> | <i>Non Concerné</i> |
| LA QUALITE DES LIEUX, en terme de : | | | | | |
| ▪ Signalétique intérieure | <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"/> |
| ▪ Espace de la salle d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Hygiène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Confort de la salle d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'ACCUEIL, au niveau : | | | | | |
| ▪ De l'accueil téléphonique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Du secrétariat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Combien de temps avez-vous attendu pour votre 1 ^{er} RdV ? | Inf. à 48 h <input type="checkbox"/> | De 48 h à 1 semaine <input type="checkbox"/> | De 1 semaine à 15 jours <input type="checkbox"/> | De 15 jours à 1 mois <input type="checkbox"/> | |
| | De 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> | De 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> | Sup. à 6 mois <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ Etes-vous satisfait du délai proposé pour ce 1 ^{er} rendez-vous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Du temps passé dans la salle d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Par quel(s) professionnel(s) avez-vous été reçu lors du premier RdV (Plusieurs réponses possibles) ?





| | |
|--|--|
| • Médecin Pédiopsychiatre <input type="checkbox"/> | • Infirmier <input type="checkbox"/> |
| • Psychologue <input type="checkbox"/> | • Educateur <input type="checkbox"/> |
| • Assistante sociale <input type="checkbox"/> | • Puéricultrice <input type="checkbox"/> |
| • Orthophoniste <input type="checkbox"/> | • Autre <input type="checkbox"/> |
| • Psychomotricien <input type="checkbox"/> | Si Autre, Précisez : |

TOURNEZ LA PAGE SVP ⇨

**AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE, QUELS AUTRES PROFESSIONNELS VOUS ONT ACCOMPAGNE(E) ?
(Plusieurs réponses possibles)**

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| • Médecin Pédiopsychiatre | <input type="checkbox"/> | • Infirmier | <input type="checkbox"/> |
| • Psychologue | <input type="checkbox"/> | • Educateur | <input type="checkbox"/> |
| • Assistante sociale | <input type="checkbox"/> | • Puéricultrice | <input type="checkbox"/> |
| • Orthophoniste | <input type="checkbox"/> | • Autre | <input type="checkbox"/> |
| • Psychomotricien | <input type="checkbox"/> | Si Autre, Précisez : | |

**QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA
QUALITE DES SOINS, EN TERME DE :**

| |  |  |  |  | NC |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
| | <i>Très satisfaisant</i> | <i>Satisfaisant</i> | <i>Peu satisfaisant</i> | <i>Pas du tout satisfaisant</i> | <i>Non Concerné</i> |
| ▪ La qualité de l'accueil avec le(s) professionnel(s) concerné(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La qualité de l'information délivrée par le(s) professionnel(s) concerné(s) concernant la prise en charge de votre enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Le respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Le délai entre deux consultations | <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 QUI VOUS EST PROPOSEE PAR LE(S) PROFESSIONNEL(S) CONCERNE(S) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Avez-vous des remarques et /ou des suggestions ?

FACULTATIF

Identification du répondant

- Famille
- Patient
- Autres Précisez :

Sexe de l'enfant/adolescent

- Féminin Masculin

Age de l'enfant/adolescent

- | | |
|---|---|
| Moins d'1 an <input type="checkbox"/> | De 13 à 14 ans <input type="checkbox"/> |
| De 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> | De 15 à 16 ans <input type="checkbox"/> |
| De 2 à 4 ans <input type="checkbox"/> | De 17 à 18 ans <input type="checkbox"/> |
| De 5 à 6 ans <input type="checkbox"/> | De 18 à 25 ans <input type="checkbox"/> |
| De 7 à 9 ans <input type="checkbox"/> | + de 25 ans <input type="checkbox"/> |
| De 10 à 12 ans <input type="checkbox"/> | |

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

- | | |
|---|---|
| Moins d'1 mois <input type="checkbox"/> | De 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> |
| De 1 à 6 mois <input type="checkbox"/> | De 2 à 5 ans <input type="checkbox"/> |
| De 7 à 12 mois <input type="checkbox"/> | Supérieure à 5 ans <input type="checkbox"/> |

Nous vous remercions de votre aide et du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.