

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  NON

QUEL EST VOTRE AVIS SUR :					NC
	<i>Très satisfaisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Peu satisfaisant</i>	<i>Pas du tout satisfaisant</i>	<i>Non Concerné</i>
<b>LA QUALITE DES LIEUX, en terme de :</b>					
▪ 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"/>
<b>L'ACCUEIL, au niveau :</b>					
▪ 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 <sup>er</sup> RdV ?	Inf. à 48 h	De 48 h à 1 semaine	De 1 semaine à 15 jours	De 15 jours à 1 mois	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	De 1 à 3 mois	De 3 à 6 mois	Sup. à 6 mois		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Etes-vous satisfait du délai proposé pour ce 1 <sup>er</sup> 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
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Concerné
▪ 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**

▪ <b>ETES-VOUS SATISFAIT DE LA PRISE EN CHARGE QUI VOUS EST PROPOSEE PAR LE(S) PROFESSIONNEL(S) CONCERNE(S) ?</b>	<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.**