

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"/>				
▪ Secrétariat	<input type="checkbox"/>				
▪ Délai proposé pour le 1 ^{er} RDV	<input type="checkbox"/>				
▪ Temps passé dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>				
▪ Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				

LA QUALITE DES SOINS MEDICAUX, en termes de

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

LA PRISE EN CHARGE PAR LE PSYCHOLOGUE, en termes de

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



