

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge 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

Identification du répondant :

Famille

Patient

Accompagnant

Précisez :

Sexe de l'enfant/adolescent :

Féminin

Masculin

Age de l'enfant/adolescent :

Moins d'1 an

5 à 6 ans

13 à 14 ans

19 à 25 ans

1 à 2 ans

7 à 9 ans

15 à 16 ans

+ 25 ans

3 à 4 ans

10 à 12 ans

17 à 18 ans

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

Moins de 1 mois

7 à 12 mois

2 à 5 ans

1 à 6 mois

1 à 2 ans

Supérieur à 5 ans

Vous avez été accueilli dans la structure :

CMP

CATTP

HDJ

Dans le secteur (facultatif) :

Secteur 5

Secteur 6

Secteur 7

Ville :

Avez-vous trouvé facilement le lieu ?

OUI

NON

Vous a-t-on donné la plaquette de la structure ?

OUI

NON

QUEL EST VOTRE AVIS SUR ?



NC

| L'ACCUEIL, au niveau de | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | Non Concerné |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------|
| L'accueil téléphonique | | | | | |
| Secrétariat | | | | | |
| Temps passé dans la salle d'attente | | | | | |
| Délai proposé pour le 1er rendez-vous | | | | | |

Combien de temps avez-vous attendu pour votre 1er rendez-vous ?

Inférieur à 48h

De 15 jours à 1 mois

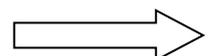
Supérieur à 6 mois

De 48h à 1 semaine

De 1 à 3 mois

De 1 semaine à 15 jours

De 3 à 6 mois



QUEL EST VOTRE AVIS SUR ?


NC

| LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE au niveau de | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | Non Concerné |
|--|-------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------|
| Qualité de l'information concernant : | | | | | |
| *Les troubles de votre enfant | | | | | |
| *Son traitement éventuel | | | | | |
| *Son parcours de soins | | | | | |
| Disponibilité de l'équipe | | | | | |
| Respect de la confidentialité | | | | | |
| Délai entre deux consultations | | | | | |
| Prise en charge médicale | | | | | |
| Prise en charge psychologique | | | | | |
| Prise en charge rééducation Orthophoniste, psychomotricien.... | | | | | |
| Participation du patient à son projet de soins | | | | | |
| Prise en charge de la douleur | | | | | |
| Qualité des activités thérapeutiques (si concerné) | | | | | |

Par quels quel(s) professionnel (s) avez-vous été reçus lors du 1^{er} rendez-vous ?

- | | |
|--|--|
| Médecin Pédiopsychiatre <input type="checkbox"/> | Educateur <input type="checkbox"/> |
| Infirmier <input type="checkbox"/> | Puéricultrice <input type="checkbox"/> |
| Psychologue <input type="checkbox"/> | Orthophoniste <input type="checkbox"/> |
| Assistante sociale <input type="checkbox"/> | Psychomotricien <input type="checkbox"/> |
| Secrétaire <input type="checkbox"/> | Autres : |

Au cours de votre prise en charge, quel(s) professionnel(s) vous ont accompagné ?

- | | |
|--|--|
| Médecin Pédiopsychiatre <input type="checkbox"/> | Educateur <input type="checkbox"/> |
| Infirmier <input type="checkbox"/> | Puéricultrice <input type="checkbox"/> |
| Psychologue <input type="checkbox"/> | Orthophoniste <input type="checkbox"/> |
| Assistante sociale <input type="checkbox"/> | Psychomotricien <input type="checkbox"/> |
| Secrétaire <input type="checkbox"/> | Autres : |

| LA QUALITE en termes de | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | Non Concerné |
|---------------------------------|-------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------|
| Signalétique intérieure | | | | | |
| Accessibilité dans les locaux | | | | | |
| Confort de la salle d'attente | | | | | |
| Hygiène et propreté des locaux | | | | | |
| Qualité des repas (si concerné) | | | | | |

| D'UNE MANIERE GENERALE | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | Non Concerné |
|---|-------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------|
| Etes-vous satisfait de la prise en charge qui vous est proposée ? | | | | | |

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