

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - CMP - PSYCHIATRIE ADULTE

Votre avis nous intéresse.

Vous venez d'effectuer une consultation au sein de notre établissement. Afin de nous permettre d'améliorer les conditions d'accueil des patients, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Pour chacun des items, merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction, comme indiqué dans le dessin ci-dessous.

Vos impressions, observations et suggestions, gardées confidentiellement par la Direction, seront examinées avec la plus grande attention. Merci de déposer ce questionnaire dans l'urne prévu à cet effet ou de le remettre aux soignants de votre unité.

DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS, 1 SEULE CASE À COCHER

LEGENDE

				N/A
TRES SATISFAIT	SATISFAIT	INSATISFAIT	TRES INSATISFAIT	NON APPLICABLE / NON CONCERNE

INFORMATIONS

VOUS ÊTES : ☐ un patient ☐ un représentant légal
☐ un membre de la famille ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

Votre prénom et votre nom ? (facultatif)

Votre CMP ?

☐ CMP DE MAISONS-LAFFITTE ☐ CMP DE MARLY LE ROI ☐ CMP CONDORCET ☐ CMP DE SARTROUVILLE

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS EN CMP

Votre satisfaction sur la prise de rendez-vous en CMP :

    N/A

Le délai d'attente téléphonique ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité de l'accueil téléphonique ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Le délai d'attente pour obtenir une consultation ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Le délai d'attente pour l'obtention de votre consultation :

☐ moins d'1 mois
☐ entre 1 et 3 mois
☐ entre 3 et 6 mois
☐ plus de 6 mois

L'ACCES AU CMP

Votre satisfaction sur l'accès au CMP :

    N/A

Sur les modes d'accès au CMP ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La signalisation dans la ville ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



L'ACCUEIL AU NIVEAU DU CMP

Votre satisfaction sur la qualité de l'accueil :



N/A

Au secrétariat	☐	☐	☐	☐	☐
Par l'équipe de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Sur la propreté des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
Sur la confidentialité	☐	☐	☐	☐	☐

LES INFORMATIONS DONNEES PENDANT LA CONSULTATION

Votre satisfaction sur les informations données au cours de vos consultations :



N/A

Sur votre état de santé	☐	☐	☐	☐	☐
Sur votre traitement à venir	☐	☐	☐	☐	☐
Sur votre suivi	☐	☐	☐	☐	☐

LA QUALITE DES SOINS

Votre satisfaction sur la qualité des soins et la relation avec l'équipe :



N/A

Le psychiatre	☐	☐	☐	☐	☐
Le psychologue	☐	☐	☐	☐	☐
Les infirmiers	☐	☐	☐	☐	☐
L'assistant de service social	☐	☐	☐	☐	☐
Les éducateurs	☐	☐	☐	☐	☐
Les rééducateurs (ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste ...)	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES ET SUGGESTIONS

AVEZ-VOUS DES REMARQUES OU DES SUGGESTIONS A APPORTER ?

