

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - CMP/CMPP - PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

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.

Merci de déposer ce questionnaire de satisfaction dans l'urne prévue à cet effet ou de le remettre à un professionnel de votre unité.

DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS, 1 SEULE CASE À COCHER

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

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 / CMPP ?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ CMP DE ST GERMAIN | ☐ CMPP DE COLOMBES - Centre de Naissance | ☐ CMP - CATTP "LA COURSIVE DES LOUPIOTS" |
| ☐ CMP DU VESINET | ☐ CMP - CMPP "JANINE SIMON" - CATTP Enfance | ☐ CMP DE ST CLOUD |
| ☐ CMP "LES DEUX RIVES" DE SARTROUVILLE | ☐ CMP "JEAN WIER" | ☐ CMP DE RUEIL |
| ☐ CMP DE COLOMBES - CATTP Petite Enfance | ☐ CMP "GRANOFF" | |

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS EN CMP/CMPP

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



					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

☐




CENTRE HOSPITALIER
THÉOPHILE ROUSSEL

L'ACCÈS AU CMP / CMPP

Votre satisfaction sur l'accès au CMP / CMPP :



N/A

Informations reçues sur les modes d'accès au CMP / CMPP

☐☐☐☐☐

La signalisation dans la ville

☐☐☐☐☐

L'ACCUEIL AU NIVEAU DU CMP / CMPP

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 votre consultation :



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 ?

