

Enquête de satisfaction

Centres Médico-Psychologiques (CMP) Adultes, Personnes âgées

Madame, Monsieur,

Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre prise en charge.

La réponse à cette enquête est à déposer dans la boîte aux lettres dédiée du service ou à remettre à un membre du centre.

Vos réponses et commentaires seront traités de manière confidentielle et permettront d'engager des actions d'amélioration.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Quelle appréciation portez-vous sur :



L'ACCUEIL

L'accueil lors de la prise de votre premier rendez-vous (contact téléphonique ou déplacement sur place)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'accès au CMP (coordonnées téléphoniques, signalétique, stationnement, bus, accès personnes à mobilité réduite, sonnette...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les horaires d'ouverture du CMP

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'accueil lors du début de votre prise en charge

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le délai d'attente pour un premier entretien avec :

Le jour-même Moins de 15 jours Environ 1 mois Plus d'1 mois

- le médecin

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- l'infirmier(ière)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- le/la psychologue

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- l'assistant(e) social(e)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel s'est-il présenté lors de votre suivi (nom et fonction)

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



L'INFORMATION ET VOS DROITS

L'information sur votre prise en charge (traitement, soins reçus, plaquette d'information sur le CMP), sur vos droits et vos devoirs

Le respect de vos droits (intimité, dignité, confidentialité des informations vous concernant)

LES SOINS

L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à votre égard

Les soins que vous recevez (avez reçus) (entretiens, visites à domicile, traitement médicamenteux...)

La prise en charge de votre douleur physique

La prise en charge de votre souffrance morale

LES LOCAUX

Le confort des bureaux d'entretien (intimité, confort, mobilier, propreté)

Le confort des locaux communs (salle d'attente, couloirs, secrétariat...) (confort, mobilier, propreté)

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

L'organisation de la fin de votre prise en charge, si concerné(e)

(arrêt de prise en charge ou poursuite de soins avec d'autres professionnels)

Globalement, êtes-vous (avez-vous été) satisfait(e) de votre prise en charge ?



Excellent



Bon



Moyen



Insuffisant

Conseilleriez-vous le CMP à une autre personne : Oui Non

Remarques et suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qui a rempli ce questionnaire ? Patient Entourage

Date :/...../.....

CMP dans lequel vous êtes (avez été) suivi(e) :

CMP Lorient
11 rue **Blanqui**

CMP Hennebont
8 rue du Dr. Carpentier - **Danvez**

CMP Ti Ar Vro Hennebont
Rue François Le Vouedec – **Ti Sage**

CMP Plouay
25 rue Neuve – **Ker Nevez**

CMP Port-Louis
8 rue de la Citadelle

CMP Le Faouët
Place des Halles

Nom et prénom (facultatifs) :

Cadre réservé à l'EPSM – NE PAS REMPLIR

- Patient ne souhaitant pas remplir le questionnaire

- Patient ne pouvant pas remplir le questionnaire, malgré une proposition d'aide par un professionnel