

Enquête de satisfaction

Centres Médico-Psychologiques (CMP) Enfants, Adolescents

Madame, Monsieur,

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

La réponse à ce questionnaire 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.

CMP dans lequel l'enfant/adolescent est (a été) suivi :

Yves Racine (Lorient)	<input type="checkbox"/>	Le Robin (Lorient)	<input type="checkbox"/>	Dispositif Ambulatoire Adolescents (DAA) (Lorient)	<input type="checkbox"/>	Kervénanec (Lorient)	<input type="checkbox"/>
Pierre Thalbot (Hennebont)	<input type="checkbox"/>	Kéramont (Plouay)	<input type="checkbox"/>	Institut Ferdinand Thomas (IFT) (Lanester)	<input type="checkbox"/>		

➤ **Partie réservée aux parents ou représentants légaux de l'enfant ou de l'adolescent concerné par la prise en charge**

Pour mieux vous connaître :

Qui êtes-vous ? (Par rapport à l'enfant ou l'adolescent concerné par cette prise en charge)

Père Mère Tuteur Autre , précisez :

Quelle appréciation portez-vous sur :

				<input type="checkbox"/>
Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant	

L'ACCUEIL

L'accueil lors de la prise du 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 la prise en charge de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ACCUEIL

Le délai d'attente pour un premier entretien avec :

	Dans le 1 ^{er} mois	Dans les 3 mois	Dans les 6 mois	Dans l'année	Non concerné(e)
- 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"/>
Le personnel s'est-il présenté lors du suivi de votre enfant (nom et fonction)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			



L'INFORMATION ET LES DROITS

L'information sur la prise en charge, et sur les droits et les devoirs (de l'enfant et des parents)

Le respect des droits (intimité, dignité, confidentialité des informations concernant l'enfant et les parents)

LES SOINS À L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à l'égard de votre enfant, et de vous-même(s)

Les soins reçus

La prise en charge de la douleur physique

La prise en charge de la souffrance psychique

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)

➤ **Partie réservée à l'enfant ou l'adolescent concerné par la prise en charge**

Cocher la réponse qui correspond à votre niveau de satisfaction sur les domaines suivants :

L'ACCUEIL



Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION ET LES DROITS



Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS



Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES LOCAUX



Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ÉQUIPE DES PROFESSIONNELS



Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

Date :/...../..... Nom et prénom (facultatifs) :

Cadre réservé à l'EPSM – NE PAS REMPLIR

- Parent ou représentant légal ne souhaitant pas ou ne pouvant pas remplir le questionnaire

- Enfant/Adolescent ne souhaitant pas ou ne pouvant pas remplir le questionnaire