

Enquête de satisfaction

Centres Médico-Psychologiques (CMP)

CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel) Adultes et Personnes Agées

Madame, Monsieur,

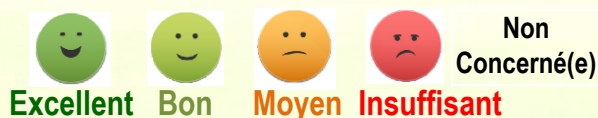
Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre prise en charge.

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)

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les horaires d'ouverture du centre

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'accueil lors du début de votre prise en charge

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le délai d'attente pour un premier rendez-vous avec :

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

- le médecin
- l'infirmier(ière)
- le/la psychologue
- l'assistant(e) social(e)

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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

Oui	Non
☐	☐

L'INFORMATION ET VOS DROITS

L'information sur votre prise en charge (traitement, soins reçus, plaquette d'information sur le centre), 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 ?



Bon



Insuffisant

10

Conseilleriez-vous le centre à une autre personne : Oui ☐ Non ☐

Remarques et suggestions :

[illegible]

Qui a rempli ce questionnaire ? Patient ☐ Entourage ☐

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

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

CMP, CATTP Lorient ☐ CMP, CATTP Hennebont ☐ CMP, CATTP Plouay ☐ CATTP KerHéol ☐
Blanqui Danvez Kernevez

Antenne Groix ☐ Antenne Port-Louis ☐ Antenne Le Faouët ☐ CMP Ti Ar Vro, CATTP Ti Sage ☐

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 ☐