



## \\\\\\\\\\\\ Accueil, contact avec l'équipe de soins

**Quel est votre niveau de satisfaction concernant :**


 
 
 

Les horaires d'ouverture de la structure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ambiance et le confort de la structure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hygiène des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil qui vous a été réservé lors du 1er rendez-vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les informations affichées au sein de la structure (horaires, droits des patients...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attention et la disponibilité du personnel à votre égard, celui de votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les échanges (informations, explications) avec les soignants sur les soins dispensés à votre enfant (suivi, médicaments, RDV avec le médecin...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'écoute et le soutien des soignants à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce qui est fait pour assurer la confidentialité et le respect du secret médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les modalités de prise de rendez-vous avec un professionnel au cours du suivi de votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**La plaquette d'information de la structure vous a-t-elle été remise ?**

Oui
  Non
  Ne se souvient pas

**Vos horaires de rendez-vous sont-ils respectés ?**

Oui
  Non
  En partie

## \\\\\\\\\\\\ Soins et rendez-vous

**Êtes-vous tenu informé du projet de soins de votre enfant ?**

Très régulièrement
  Régulièrement
  Rarement
  Jamais

**L'information sur son projet de soins délivrée à votre enfant est-elle adaptée ?**

Oui
  Non
  Pas d'information délivrée


 
 
 
 

**Êtes-vous satisfait de la manière dont une éventuelle douleur physique de votre enfant (maux de tête, mal de ventre...) a été prise en compte ?**

**Avez-vous donné votre accord pour un travail en collaboration avec le médecin traitant ?**

Oui
  Non
  Pas d'information à ce sujet


 
 
 

**Si oui, êtes-vous satisfait de la collaboration de l'équipe avec le médecin traitant (ou médecin référent / pédiatre traitant) ?**

**Êtes-vous satisfait de la collaboration de l'équipe :**


 
 
 
 

Avec l'école

Avec d'autres structures (sociales, médico-sociales, sanitaires...)

## \\\\\\\\\\\\ Vos commentaires

**Avez-vous le sentiment d'une amélioration globale de l'état de santé de votre enfant ?**

Oui
  Non
  En partie
  Prise en charge trop récente


 
 
 

**Êtes-vous globalement satisfait des soins et de l'aide que vous recevez au CMP ?**

**Qu'est-ce qui vous satisfait le plus ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Qu'est-ce qui vous satisfait le moins ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_