



CH du Gers

Santé mentale

**ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES
PATIENTS, FAMILLES, PARTENAIRES -
Equipe Mobile de Liaisons et d'Insertion
Sociale pour Adulte (EMLISA)**

Je souhaite remplir ce questionnaire

Oui

Non

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

**Une fois le questionnaire complété,
veuillez le remettre à l'équipe EMLISA**

Le suivi réalisé par l'Equipe Mobile de Liaisons et d'Insertion Sociale pour Adulte (EMLISA) va bientôt s'achever. Aussi, nous souhaiterions connaître votre opinion sur la prise en charge et les rencontres que vous avez eues avec les professionnels. Pour chaque question, cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez ou ressentez concernant l'accompagnement proposé par EMLISA.

\\\\\\\\\\\\ A PROPOS DE VOUS

Sur quel CMP êtes-vous pris en charge ?

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> CMP Auch | <input type="radio"/> CMP Samatan | <input type="radio"/> CMP L'Isle Jourdain |
| <input type="radio"/> CMP Nogaro | <input type="radio"/> CMP Condom | <input type="radio"/> CMP Mirande |
| <input type="radio"/> CMP Vic Fezensac | <input type="radio"/> CMP Lectoure | |

Vous êtes :

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Une femme | <input type="radio"/> Un homme | <input type="radio"/> Une équipe |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Votre âge :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Moins de 18 ans | <input type="radio"/> De 18 ans à 30 ans | <input type="radio"/> De 31 ans à 45 ans |
| <input type="radio"/> De 46 ans à 60 ans | <input type="radio"/> Plus de 60 ans | |

Vous vivez :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> A votre domicile seul | <input type="radio"/> A votre domicile en famille | <input type="radio"/> En institution (Foyer de vie, Foyer d'Accueil Médicalisé, AFS, etc...) |
|---|---|--|

Durée de votre prise en charge :

Du :

au :

\\\\\\\\ RENDEZ-VOUS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'organisation des rdv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le délai du 1er rdv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ponctualité des rdv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre de rdv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\\\\\\\\ PRISE EN CHARGE

Etes-vous satisfait de la manière dont votre consentement a été pris en compte pendant la durée de votre prise en charge ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Etes-vous satisfait de votre prise en charge par l'équipe EMLISA ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Etes-vous satisfait de votre accompagnement par l'équipe EMLISA ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Etes-vous satisfait de la manière dont vos besoins ont été pris en compte ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

\\\\\\\\ INFORMATIONS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les explications reçues sur :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos droits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos liens avec les différents intervenants extérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre projet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre environnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\\\\\\\\ SATISFACTION GLOBALE

Aujourd'hui, par rapport au 1er jour de votre prise en charge, comment vous sentez-vous ?

- Beaucoup mieux Mieux Pareil (ni mieux ni moins bien) Moins bien Beaucoup plus mal

Vous pouvez noter ici vos remarques ou vos commentaires
