



Questionnaire de satisfaction des patients suivis en Centre Médico-Psychologique (CMP) adulte

Vous venez au Centre Médico-Psychologique pour une consultation médicale, un soin ou un entretien avec un membre de l'équipe soignante. Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire, anonyme et facultatif. Votre appréciation nous aidera à améliorer la qualité de nos services.

Si vous le souhaitez, vous pouvez faire appel à un membre de l'équipe soignante pour vous aider. Vos pourrez lui remettre le questionnaire complété avant de partir.

Nous vous en remercions.

Renseignements facultatifs pour nous aider à mieux vous connaître :

Etes-vous d'accord pour remplir ce questionnaire ? Oui Non

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

moins de 18 ans de 18 à 30 ans de 31 à 45 ans de 46 à 60 ans plus de 60 ans

Votre CMP :

CMP Auch CMP Mirande CMP L'Isle Jourdain Antenne de Plaisance
 CMP Lombez-Samatan CMP Vic-Fezensac CMP Nogaro Antenne d'Eauze
 CMP Condom CMP Lectoure Antenne de Mauvezin

Depuis combien de temps fréquentez-vous le CMP :

moins de 6 mois entre 6 mois et 1 an plus d'un an

Qui vous a adressé au CMP:

Unité d'hospitalisation du CH du Gers Moi même Médecin libéral Autre adressage

Si unité hospitalisation, précisez laquelle :

Si autre adressage, précisez :

Date de votre dernier rdv:

Accessibilité et locaux

Quel est votre niveau de satisfaction concernant ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'accès au CMP (coordonnées téléphoniques, signalétique, stationnement, accès personnes à mobilité réduite, sonnette, etc) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires d'ouverture du CMP :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort des locaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité des locaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des locaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant l'accessibilité ?

Accueil

Quel est votre niveau de satisfaction concernant ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'accueil téléphonique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil au secrétariat :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil du personnel soignant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des heures de rendez-vous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Délai de prise en charge

Quel est votre niveau de satisfaction concernant le délai de prise en charge entre votre demande de 1er rendez-vous et la date de celui-ci ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Consultation infirmier :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation psychologue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation médecin psychiatre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation assistante sociale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge

Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre prise en charge ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à votre égard :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins que vous recevez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur physique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur morale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiez-vous de visite à domicile ? Oui Non

Si oui, quel est votre niveau de satisfaction concernant ces visites ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Nombre de visite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctualité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discretion des soignants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pendant votre prise en charge au CMP, êtes-vous pris en charge également par une autre structure pour la complémentarité des soins ?

- CATT
 Hôpital de jour
 Equipements mobiles
 Pas d'autre prise en charge
 Autre

Si autre, précisez :

Concernant la coordination entre les différentes structures participant à votre prise en charge, en êtes-vous ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

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

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Votre état de santé et votre traitement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos droits (accès au dossier médical, charte CMP, etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre projet de soins personnalisé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne de confiance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissez-vous existence de la Commission des Usagers ?

Oui Non

Si oui, vous a-t-on expliqué son rôle? Oui Non

Connaissez-vous les professionnels à qui vous adresser le soit et les week-ends en cas de besoin ?

Oui Non

La plaquette d'accueil vous a-t-elle été remise ?

Oui Non

Avez-vous complété une fiche de renseignement lors de votre 1er rendez-vous ?

Oui Non

Si oui, avez-vous rencontré des difficultés pour la remplir ? Oui Non

Si vous avez rencontré des difficultés, vous a-t-on accompagné ? Oui Non

Votre satisfaction globale :

Aujourd'hui, par rapport au début de votre prise en charge, vous sentez-vous?

Beaucoup mieux Mieux Pareil Moins bien Beaucoup plus mal

Quel est votre niveau de satisfaction globale ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Observations, remarques, suggestions :

Merci pour votre contribution