

## Questionnaire de satisfaction à destination des patients pris en charge en C.M.P

Madame, Monsieur,

Vous êtes pris en charge en CMP de l'EPSM du Finistère Sud. **Nom du CMP** :.....  
 Dans le souci d'améliorer la qualité des soins qui vous sont dispensés, nous souhaitons recueillir votre avis.  
 Nous vous serions donc reconnaissants de remplir ce questionnaire et de le remettre au personnel de votre CMP de référence.

<b><u>VOTRE ACCUEIL :</u></b>	Très Satisfait(e)	Satisfaisait(e)	Peu Satisfait(e)	Insatisfait (e)
- Que pensez-vous du délai d'attente pour l'obtention de votre 1 <sup>er</sup> rendez-vous au C.M.P ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Que pensez-vous des horaires d'ouverture du C.M.P ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Que pensez-vous du respect des horaires de vos rendez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Que pensez-vous de l'architecture et du confort du C.M.P ?(salle d'attente, bureau de consultation,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Que pensez-vous de la qualité acoustique des locaux pour le respect de la confidentialité des échanges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Que proposez-vous pour l'améliorer ?**

<b><u>VOTRE PRISE EN CHARGE :</u></b>	Très Satisfait(e)	Satisfaisait(e)	Peu Satisfait(e)	Insatisfait (e)
- Êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge au C.M.P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous satisfait(e) des informations qui vous ont été données sur votre état de santé et votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Connaissez-vous les professionnels / des structures à contacter les week-end en cas de besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Estimez-vous être acteur de votre prise en charge ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

### **Pendant votre prise en charge au C.M.P, êtes-vous pris en charge également par une autre structure pour la complémentarité de vos soins ?**

CATTp   
  Hôpital de Jour   
  Maison thérapeutique   
  Autre (préciser) : .....  
 .....

Concernant la coordination entre les différentes structures participant à votre prise en charge, en êtes-vous ?	Très Satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu Satisfait(e)	Insatisfait(e)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez des remarques ou des suggestions à nous faire, n'hésitez pas à nous les formuler ci-dessous :**

**Nous vous remercions d'avoir pris un peu de votre temps  
pour nous aider à améliorer la qualité de notre dispositif de soins.**