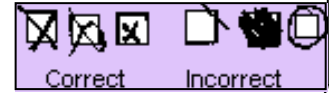


**NE PAS PHOTOCOPIER, NE PAS PLIER, NE PAS AGRAFER**

Afin de faciliter la saisie des questionnaires nous vous remercions de bien vouloir utiliser un crayon de couleur noire, de respecter les consignes de remplissage et de ne pas écrire dans les marges.

En cas d'erreur merci de bien vouloir noircir complètement la case erronée.

Pour chaque point veuillez indiquer votre degré de satisfaction (cochez une seule case)



Soucieux de mieux répondre à vos attentes, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire (Si vous avez plusieurs enfants en soins veuillez renseigner un questionnaire par enfant)

Votre structure :

- Consult'Ado       CMP Volvestre       CATTP Volvestre       CMP Léguevin  
 CMP Tournefeuille       CATTP Tournefeuille       CMP Auterive

Je souhaite remplir le questionnaire :  Oui  Non

## L'ACCES A LA STRUCTURE

Etes-vous satisfait de :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
La facilité à trouver les coordonnées téléphoniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalitique indiquant la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours et heures d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité à repérer la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès par les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité pour les personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE REPERAGE DANS LA STRUCTURE

Que pensez-vous de :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
L'identification des espaces et bureaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'affichage des informations concernant le fonctionnement de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'ACCUEIL

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
L'accueil téléphonique du secrétariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté du message du répondeur téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors du premier rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention, le respect et la disponibilité du personnel à votre égard, celui de votre enfant	<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 matériel mis à disposition dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La convivialité, le confort et la propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES RENDEZ-VOUS

Que pensez-vous :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
Du délai du 1er rendez-vous après votre première prise de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de la prise en charge de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de rendez-vous proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la ponctualité des RDV donnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES SOINS

Que pensez-vous des informations qui vous ont été données sur :

Vos droits et devoirs, ceux de votre enfant (livret d'accueil, informatique et liberté, règlement intérieur...)

Les difficultés de votre enfant (suivi)

Les soins dispensés à votre enfant

L'existence d'autres dispositifs d'aide

Très satisfaisant      Satisfaisant      Insatisfaisant      Très insatisfaisant

Quel est votre avis sur :

La prise en compte de l'entourage de votre enfant

La présentation à votre enfant de sa prise en charge

L'association du médecin ou pédiatre traitant dans la prise en charge de votre enfant

L'association de l'école dans la prise en charge de votre enfant

L'association des autres structures (sociales, médico-sociales, sanitaires...) dans la prise en charge de votre enfant

Très satisfaisant      Satisfaisant      Insatisfaisant      Très insatisfaisant

## VOTRE OPINION

Votre opinion générale

Très satisfait(e)       Satisfait(e)       Insatisfait(e)       Très insatisfait(e)

## VOS COMMENTAIRES

VOS COMMENTAIRES

## POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous avez rempli ce questionnaire : (plusieurs réponses possibles)

Seul(e)       Avec votre enfant       Avec un proche       Avec l'aide d'un soignant de la structure

Le suivi de votre enfant en CMP / CATTP :

Moins de 6 mois       Entre 6 mois et 1 an       Entre 1 et 2 ans       Plus de 2 ans

Âge de votre enfant ou adolescent :

0 à 3 ans       4 à 5 ans       6 à 10 ans       11 à 13 ans       14 à 16 ans       + de 16 ans