



Questionnaire de satisfaction

Dispositifs Handiaccess Bretagne

Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction

1. MIEUX VOUS CONNAITRE

VOUS ETES	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> aidant familial	<input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> présent lors de la consultation	<input type="checkbox"/> absent lors de la consultation
TYPE DE HANDICAP de la personne concernée	<input type="checkbox"/> cognitif	<input type="checkbox"/> moteur	<input type="checkbox"/> psychique	<input type="checkbox"/> sensoriel	<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle
	<input type="checkbox"/> troubles du de l'autisme	<input type="checkbox"/> autres troubles du neuro-développement	<input type="checkbox"/> polyhandicap	précisions ou autre handicap :	
AGE de la personne concernée	<input type="checkbox"/> 0-17 ans	<input type="checkbox"/> 18-29 ans	<input type="checkbox"/> 30-44 ans	<input type="checkbox"/> 45-59 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 60 ans
LIEU DE VIE PRINCIPAL de la personne concernée	<input type="checkbox"/> domicile seul et autonome	<input type="checkbox"/> domicile dans sa famille	<input type="checkbox"/> domicile avec accompagnement medico-social	<input type="checkbox"/> hébergement en établissement spécialisé	autre :
MOTIF DE RECOURS au dispositif Handiaccess	<input type="checkbox"/> difficulté d'accès aux soins	<input type="checkbox"/> problème d'accessibilité des lieux de soins	<input type="checkbox"/> refus de prise en soin	<input type="checkbox"/> aucune solution de soins	<input type="checkbox"/> mutualisation des soins
SPECIALITE MEDICALE consultée	<input type="checkbox"/> Bilan de santé général	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	autre :

2. PRISE DE CONTACT



DELAI D'ATTENTE AVANT LE 1er CONTACT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant la première consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de transport (Véhicule personnel, d'établissement, bon de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE PRISE DE CONTACT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ACCUEIL



Accueil dans les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation, stationnement et accessibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aménagement des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps passé en salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE POUR L'ACCUEIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. PRISE EN SOIN



Qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations et explications par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte du handicap dans les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de l'accompagnant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE POUR LA PRISE EN SOIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. LE DISPOSITIF HANDIACCES



Personnalisation de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse à votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration de votre accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres commentaires :