



Questionnaire de satisfaction Dispositif Handiaccès

Handiaccès



1. MIEUX VOUS CONNAITRE					
VOUS ETES	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Aidant familial	<input type="checkbox"/> Professionnel		
ACCOMPAGNEMENT (si aidant ou professionnel)	<input type="checkbox"/> Présent lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Absent lors de la consultation			
TYPE DE HANDICAP (plusieurs choix possibles)	<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 spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/> Autres troubles du neuro-développement	<input type="checkbox"/> Polyhandicap	<input type="checkbox"/> Autre handicap :	
AGE	<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	<input type="checkbox"/> Domicile seul et autonome	<input type="checkbox"/> Domicile dans sa famille	<input type="checkbox"/> Domicile avec accompagnement médico-social	<input type="checkbox"/> Hébergement en établissement spécialisé	Autre :
MOTIF DE RECOURS au dispositif Handiaccès	<input type="checkbox"/> Problème d'accessibilité dans les lieux de soins	<input type="checkbox"/> Autre difficulté d'accès aux 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 :
	<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Gastro-entéro	<input type="checkbox"/> Imagerie	<input type="checkbox"/> ORL	
Lieu de consultation	<input type="checkbox"/> CH PAIMPOL	<input type="checkbox"/> CH SAINT-BRIEUC	<input type="checkbox"/> Cabinet libéral	<input type="checkbox"/> autre établissement de santé, précisez lequel:	
Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction					
2. PRISE DE CONTACT					Non concerné
Délai d'attente avant le 1er contact avec Handiaccès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant la 1ère consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil lors de votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ACCUEIL					Non concerné
Accueil dans les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aménagement des locaux (accessibilité, matériel adapté,...)	<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"/>
4. PRISE EN SOIN					Non concerné
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"/>
5. SPECIFICITES DU HANDIACCES					Non concerné
Personnalisation de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse à votre demande de soins	<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"/>
Ce questionnaire vous paraît-il adapté à la prise en charge ? Avez-vous des suggestions ?					