

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PROGRAMME EQUILIBRE (Questionnaire Parents)

Durée de remplissage 5 min

Madame, Monsieur,

Votre opinion et vos suggestions quant à la qualité de la prise en charge de votre enfant à la Maisonnée nous intéressent.

Nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire de sortie lié à la qualité du séjour de votre enfant à La Maisonnée.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez remettre ce questionnaire, lors du dernier bilan de votre enfant, au secrétariat médical ou dans la boîte aux lettres réservée aux suggestions et remarques des familles, située dans la salle d'attente d'Equilibre.

Vous pouvez aussi nous le retourner par la poste à l'adresse suivante :

La Maisonnée SSR Pédiatrique
68, avenue du Chater
69340 FRANCHEVILLE

CADRE RESERVE A LA MAISONNEE	
<input type="checkbox"/>	Questionnaire fin de programme
Date du dernier bilan :	
Date de réception :	
Date de saisie :	

N'hésitez pas à cocher plusieurs réponses si nécessaire.

L'ACCUEIL

1 Qui vous a informé de l'existence du programme « Equilibre » à la Maisonnée ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | <input type="checkbox"/> Amis |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

2 Votre enfant était-il d'accord pour venir ?

- Oui
 Moyennement
 Non

3 Vous êtes-vous senti bien accueilli à la Maisonnée ?

- Oui
 Moyennement
 Non
 Remarques :
.....
.....
.....

4 Au final, votre enfant se sent ...

- ... mieux.
 ... moins bien.
 ... pareil.

LA PRISE EN CHARGE

5 Les informations données par l'équipe Equilibre ont été :

- Claires
 Utiles
 Inadaptées
 Insuffisantes

6 Le rythme des séances (1 fois par semaine, puis 1 fois par quinzaine) vous a-t-il convenu ?

- Oui
 Non
 Si non, pourquoi ?
.....
.....
.....

7 Comment avez-vous trouvé les 4 ateliers ?

	Sommeil	Diététique	Activités physiques adaptées	Groupe de parole
Aidant - adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop compliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un atelier supplémentaire nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions d'autres thèmes, remarques ou idées :

8 Les bilans vous ont-ils aidé ?

	Bilan initial	Bilan final
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques ou idées :

9 Sa scolarité a été perturbée par sa participation au programme :

- Oui
- Non
- Remarques :
.....
.....
.....

10 Les activités proposées étaient:

- Sympathiques
- Assez variées
- Inadaptées
- Répétitives
- Remarques et idées :
.....
.....

11 S'est-il senti mieux à la maison grâce au programme ?

- Oui
- Moyennement
- Non

12 Arrivez-vous à appliquer les conseils donnés ?

- Oui
- Pas toujours
- Non
- Remarques :
.....
.....

LOCAUX

13 Votre enfant était-il content des repas fournis :

- Oui
- Moyen
- Non

14 Les locaux et le matériel sont :

- Adaptés
- A améliorer
- Insuffisants
- Remarques :

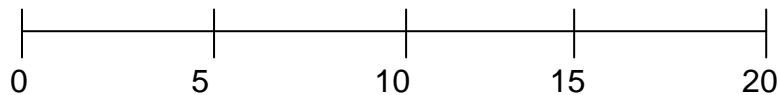
.....
.....
.....

ET POUR TERMINER

15 Souhaitez-vous que votre enfant revienne ?

- Consultations
- Autres séances
- Non

16 Sur 20, quelle note donneriez-vous au programme « Equilibre » proposé à La Maisonnée SSR Pédiatrique ?



17 Conseilleriez-vous à votre entourage le programme « Equilibre » de la Maisonnée ?

.....
.....
.....

18 Autres points à aborder ?

.....
.....
.....
.....