**Votre avis nous intéresse… **

*Vous êtes un patient de notre maison de santé pluriprofessionnelle, nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.*

*Dans une démarche d’amélioration organisationnelle, et afin de répondre au mieux à vos attentes nous vous proposons de répondre à ces quelques questions. C’est un questionnaire rempli de façon anonyme, et le traitement de vos réponses restera confidentiel. Il ne vous prendra pas plus de cinq minutes, et vos avis seront pour nous de précieuses pistes d’améliorations afin de vous offrir un service de soins que nous souhaitons toujours au plus près de vos besoins.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vous êtes : | une femme [ ]   | un homme [ ]   |  |  |
| Votre âge : |  ≤ 25 ans [ ]   | 26 – 49 ans [ ]   | 50 – 74 ans [ ]   | ≥ 75 ans [ ]   |
| Code postal de votre habitation : | 09130 [ ]   | autre : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pourrait être amélioré** | **Plutôt satisfaisant** | **Correspond à mes besoins** |
| Nos horaires d'ouverture: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Notre accessibilité géographique : | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Notre facilité pour être contacté: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Le délais de rendez vous proposé: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| La diversité de l'offre de soins sur la MSP: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| La communcation entre les différents professionnels qui me prennent en charge: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Notre site internet: | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Connaissez vous nos projets de santé ou nos parcours pour les patients? | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Si oui lesquels ? |  |  |  |
| Comment en avez-vous eu connaissance? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Répondent-ils à vos besoins? | **☐**  | **☐**  | **☐**  |
| Aimeriez vous que l'on en propose des nouveaux? Sur quels thèmes de santé? |  |  |  |
| Commentaires libres sur des pistes d'amélioration du service que l'on vous offre : |  |

*Toute l’équipe pluriprofessionnelle de la maison de santé vous remercie pour vos retours !*