

NOM de l'enfant : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Identifiant :
✂-----✂

Ces données seront anonymisées, et ne seront pas communiquées à votre médecin.

Ce questionnaire est à renvoyer directement au secrétariat du réseau, dans l'enveloppe ci-jointe.

Date :/...../.....



Réseau de prévention et de prise en charge
de l'obésité pédiatrique en Ile de France

ENQUETE DE SATISFACTION PATIENTS A 6 MOIS

A remplir par l'un des deux parents

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

1. Savez-vous que vous avez été inclus dans le réseau REPOP ?
 oui non
2. Par qui avez-vous été informé de l'existence du réseau ?
 votre médecin traitant le médecin à l'hôpital
 le médecin scolaire le médecin de la PMI
 lors de la demande de rendez-vous à l'hôpital
 autre
3. Ces informations vous ont paru :
 claires peu claires
 complètes incomplètes
4. La signature d'un formulaire de consentement vous a paru
 nécessaire sans intérêt choquante
5. Le réseau a-t-il facilité la prise en charge de votre enfant ?
 oui non je ne sais pas
6. Le réseau est-il le bon interlocuteur pour la prise en charge de votre enfant ?
 oui non je ne sais pas
7. Les délais d'attente au sein du réseau vous ont-ils paru satisfaisants ?
 oui non je ne sais pas
8. Vous trouvez auprès du médecin du réseau
Une écoute oui non je ne sais pas
Des conseils pertinents oui non je ne sais pas
De la disponibilité oui non je ne sais pas
9. Ces deux outils proposés par le réseau vous ont-ils paru satisfaisants ?
Le carnet de suivi oui non je ne sais pas
Les fiches diététiques oui non je ne sais pas
10. Le coût de la consultation est-il un obstacle ?
 oui non je ne sais pas
11. Commentaires et suggestions :
.....
.....