

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Centre de Référence pour les manifestations odontologiques des maladies rares Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires

Madame, Monsieur, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au Centre de Référence pour les manifestations odontologiques des maladies rares (CRM O-Rares), pourriez-vous nous communiquer vos appréciations ?

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre aux questions ci-dessous. Pour chaque question, cochez la case qui correspond le mieux à votre niveau d'appréciation. Si la question ne s'applique pas à votre cas, cochez la case « non concerné ».

Votre appréciation globale de la prise en charge

Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné(e)
				NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous apprécié l'accueil et les relations avec le personnel ?

					NC
Lors de votre premier contact (par téléphone, mail.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors des formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil en odontologie pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le personnel para-médical (secrétaire, assistante...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le(s) praticien(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification du personnel soignant et administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous apprécié l'organisation des rendez-vous ?

					NC
Au CRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au service des enfants (odontologie pédiatrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les services d'hospitalisation (chirurgie maxillo-faciale, infantile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination des RV avec les autres acteurs de la prise en charge (chirurgien-dentiste traitant, orthodontiste, médecins, centres de compétence etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous apprécié les informations qui vous ont été données ?

					NC
Sur l'affection orale et/ou dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les aspects diagnostiques et génétiques de cette affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les possibilités de traitement chez l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les possibilités de traitement chez l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les différents praticiens lors de la consultation multidisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur l'enregistrement des données dans la base de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre participation à un projet de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les possibilités d'accompagnement du patient (associations..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous apprécié la prise en charge ?

					NC
Par le(s) praticien(s) du CRMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le médecin généticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dialogue et la communication lors de la consultation initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les recommandations de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les précautions prises pour le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de la souffrance psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai avant le démarrage du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les délais entre les différentes phases du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination de votre parcours de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous apprécié la prise en charge médico-sociale ?

					NC
Les devis (implants, prothèses...clarté, explications fournies...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les modalités de règlement des honoraires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les remboursements par l'Assurance Maladie (ALD31...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres possibilités d'aide financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etiez-vous déjà venu en consultation au Pôle de médecine et chirurgie Bucco-dentaires des HUS ? oui non

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi le CRMR ?

- Sur les conseils d'un chirurgien-dentiste
- Sur les conseils d'un médecin
- Sur les conseils d'un généticien
- Grâce à Orphanet
- Grâce au site internet O-Rares
- Grâce à un autre CRMR ou centre de Compétence
- Pour la proximité avec le domicile
- Déjà soigné auparavant par un praticien du CRMR
- Autre raison Laquelle :

Referiez-vous appel au CRMR : oui non

Recommanderiez-vous le CRMR : oui non

Avez-vous trouvé les explications qui figurent sur le site internet O-Rares satisfaisantes ? oui non

Commentaires, suggestions :

Qualité de l'évaluateur : Patient
Parent
Tuteur

Date :