



Association des
Réseaux Bronchiolite



FICHE D'ÉVALUATION DE SATISFACTION

: Cocher la case correspondante à votre choix (une seule case possible)

VOTRE ENFANT

Fille#

Garçon#

Age : _____ mois

Ou si moins de 2 mois (âge en semaines)

_____ semaines

Date(s) de la consultation médicale et/ou des séances de kinésithérapie :

Médecin

___/___/___

Kinésithérapeute

___/___/___

___/___/___

Votre enfant a-t-il été hospitalisé pour cet épisode de bronchiolite ?

OUI#

NON#

Si oui :

Avant les séances de kinésithérapie ET/OU la consultation médicale

Après les séances de kinésithérapie ET/OU la consultation médicale

Autres cas, expliquez :

Madame, Monsieur,

Ce document vous est remis par un kinésithérapeute ou un médecin faisant parti d'un réseau de santé conformément au Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. « Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau. Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité. »

L'accès aux informations vous concernant est organisé conformément à la Loi n° 202-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et la qualité du système santé. Votre droit à rectification des données personnelles recueillies au sein du réseau est organisé conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978 « Informatique, Fichiers et Liberté »

Le kinésithérapeute et/ou le médecin qui vous accueille s'est engagé sur la base d'une charte qui prévoit sa disponibilité ainsi que la qualité des actes qu'il effectue conformes aux recommandations professionnelles actuelles.

En échange votre adhésion à ce réseau de Santé passe par :

1. Le fait d'assurer, à l'issue de cette ou ces séances, la continuité des soins en contactant un kinésithérapeute de votre choix
2. Le fait de compléter la fiche d'évaluation de satisfaction ci-contre et d'y faire les commentaires que vous souhaitez ci-dessous et à la faire parvenir de façon strictement anonyme à l'adresse indiquée ci-après :

Association des Réseaux Bronchiolite
14 rue de Mantes
Imm Le Charlebourg 2e étage
92700 COLOMBES
Mail. : contact@reseau-bronchio.org

Kinésithérapeutes

0.820.820.603

Médecins

0.820.800.880

COMMENTAIRES LIBRES

Vous êtes :	Pas du tout satisfait#	Plutôt peu satisfait#	Plutôt satisfait#	Très satisfait#
Du service proposé par le réseau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du contact avec le centre d'appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des séances de kinésithérapie ET/OU de la consultation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feriez-vous de nouveau appel à ce service, si votre enfant était atteint d'un nouvel épisode de bronchiolite ?			<input type="checkbox"/> OUI#	<input type="checkbox"/> NON#

Merci de retourner ce document par courrier postal à l'adresse suivante :

ARB 14 rue de Mantes Imm Le Charlebourg 2e ét. 92700 COLOMBES

Ou par mail : contact@reseau-bronchio.org

Vous avez aussi la possibilité de remplir ce document sur le site internet :

www.reseau-bronchio.org