



Service de Soins Infirmiers A Domicile

**Maison de retraite
« Les Hêtres »**

1, rue Pasteur - 54760 FAULX

Tel : 03 83 49 53 80

Fax : 03 83 49 46 47

ssiad@epsfaulx.com

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis nous intéresse

Le service de soins à domicile a toujours donné une importance particulière à la qualité de la prise en charge des patients.

Pour améliorer la qualité de nos prestations et toujours mieux vous satisfaire, nous vous proposons de compléter ce questionnaire de façon anonyme et de nous le remettre dès que possible :

- par l'intermédiaire de l'infirmière coordonnatrice ou de l'aide-soignante,*
- ou par courrier adressé au Directeur - SSIAD Maison de retraite « Les Hêtres »*

*1, rue Pasteur
4760 FAULX*

D'avance merci de l'intérêt que vous porterez à cette demande.

Comment avez-vous connu le SSIAD ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le médecin / infirmière | <input type="checkbox"/> L'annuaire |
| <input type="checkbox"/> L'hôpital | <input type="checkbox"/> Un organisme |
| <input type="checkbox"/> L'entourage | <input type="checkbox"/> La mairie |
| <input type="checkbox"/> Le bouche à oreille | <input type="checkbox"/> Autre : |

ACCUEIL LORS DE LA DEMANDE D'ADMISSION

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous trouvé facilement nos coordonnées ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil téléphonique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous reçu une réponse adaptée à votre demande ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Etes-vous satisfait(e) des informations et solutions proposées ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été satisfait(e) du premier contact avec le SSIAD ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE :

Etes-vous satisfait(e) :

Du délai d'attente avant la première prise en charge Oui Non

Des solutions proposées en attente d'une intervention Oui Non

De l'organisation (*horaire, retard, annulation d'une intervention ...*) Oui Non

De la coordination des interventions avec les autres services
(*aide à domicile ...*) Oui Non

Des solutions proposées en fin d'intervention Oui Non

Avez-vous lu le livret d'accueil ?

si oui y avez-vous trouvé toutes les informations utiles ? Oui Non

Consultez-vous votre **dossier de soins** (*documents de suivi que nous mettons à votre domicile*) ?

Oui Non

pourquoi ?

LES RELATIONS AVEC L'INFIRMIERE COORDINATRICE :

Etes-vous satisfait(e) :

De votre 1^{er} contact avec l'infirmière coordinatrice Oui Non

De ses interventions Oui Non

De ses qualités relationnelles et d'écoute Oui Non

Des conseils et informations donnés Oui Non

Du suivi de votre situation Oui Non

De la fréquence de ses visites Oui Non

De l'efficacité dans la mise en place des aides Oui Non

Des informations sur le contenu de la prestation Oui Non

De la prise en compte de vos habitudes de vie Oui Non

Du respect de votre autonomie décisionnelle Oui Non

LA PRISE EN CHARGE PAR L'EQUIPE SOIGNANTE :

▪ Dans le cadre de leurs missions, les aides-soignantes font-elle preuve :

De qualités relationnelles, d'écoute et de dialogue Oui Non

De disponibilité à votre égard Oui Non

De discrétion et de respect Oui Non

De respect de votre intimité Oui Non

De respect de votre autonomie fonctionnelle Oui Non

Du respect de vos habitudes de vie ? Oui Non

▪ **Organisations des soins**

Etes-vous satisfait(e) :

- Du respect du créneau horaire d'intervention ? Oui Non
- Du nombre d'interventions ? Oui Non
- Du temps consacré à vos soins ? Oui Non
- De la continuité des soins (vacances, jours fériés...) Oui Non
- Des transmissions entre les professionnels Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de la tenue vestimentaire (propre correcte) ? Oui Non

▪ **Qualité des soins**

Etes-vous satisfait(e) :

- De qualité des soins dispensés ? Oui Non
- De l'adaptation des soins à votre état de santé Oui Non
- Des conseils et des informations donnés Oui Non
- De l'attention portée à vos demandes Oui Non
- Pensez-vous le personnel soignant capable de prendre en charge une situation exceptionnelle ? Oui Non
- La présence d'étudiants pose-t-elle problème ? Oui Non

APPRECIATION GENERALE :

Pensez-vous que notre intervention ait **amélioré votre qualité de vie** ? Oui Non

Préciser pourquoi :

.....

.....

.....

.....

.....

Vous a-t-on proposé des adaptations de votre logement ou de votre mobilier ? Oui Non

Si oui, qu'en pensez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

Conseilleriez-vous notre service à quelqu'un de votre entourage ? Oui Non

Quel est votre niveau de **satisfaction globale** pour les prestations du SSIAD ?

Très satisfait

Satisfait

Mécontent

Très mécontent

Selon vous, quels sont les **points forts** de notre service :

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

Quels sont les **points faibles** de notre service :.....

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

Autres remarques et suggestions :

version téléchargée

Ce questionnaire a été rempli par :

Le patient

Sa famille

Le patient et sa famille

Autre :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire