

## INFORMATIONS

### 1. En matière d'information, savez-vous où vous adresser pour :

Repas à domicile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Télé assistance	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Services d'aide à domicile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Services de garde à domicile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Services sociaux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Aménagement de l'habitat	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Accueil familial	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etablissements d'hébergement Temporaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Maisons de retraite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Foyers logements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Matériel médical	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Loisirs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

### 2. Qui a rempli ce questionnaire ?

- Personne aidée
- Conjoint de la personne aidée
- Famille/Entourage

Vous pouvez bien sûr garder l'anonymat ; cependant, si vous le souhaitez vous avez la possibilité d'indiquer vos coordonnées ci-dessous.

NOM : ..... Prénom : .....



## ENQUETE DE SATISFACTION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

**S**i vous êtes pris en charge par le Service de Soins Infirmiers A Domicile de St Pierre des Corps, nous nous efforçons de répondre au mieux à vos besoins.

**S**i vous désirez améliorer les prestations qui vous sont proposées, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en nous faisant part de vos suggestions et commentaires.

**I**l suffit de répondre à chacune des questions en cochant la case correspondant à votre choix.

**A**dressez ce questionnaire directement par l'intermédiaire de l'équipe ou par courrier.

**D'**ores et déjà nous vous remercions de votre participation.

## ACCUEIL

### 1. Par qui avez-vous connu le service ?

- Aide à domicile
- Hôpital/clinique
- Infirmière
- Médecin traitant
- Services sociaux
- Autres. Précisez .....

### 2. Le fonctionnement du service vous a-t-il été clairement exposé ?

- OUI
- NON Pourquoi ? .....

### 3. Temps écoulé entre la demande et la première prise en charge

Durée :

En êtes-vous satisfait ?  OUI  NON Pourquoi ? .....

### 4. Etes-vous satisfait de l'accueil téléphonique ?

OUI  NON Pourquoi ? .....

### 5. Avez-vous été satisfait du premier contact que vous a réservé l'équipe du S.S.I.A.D ?

OUI  NON Pourquoi ? .....

## COORDINATION

### 1. La coordination entre les services des différents partenaires vous paraît-elle :

Très bien	Bien	Assez bien	Insuffisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Avez-vous des remarques à formuler, des suggestions ?

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

## SOINS

### 1. Les aides soignantes font-elles preuve :

	Très bien	Bien	Assez bien	Insuffisant
De tact/Discretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De respect/Politesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Les soins sont-ils effectués :

	Très bien	Bien	Assez bien	Insuffisant
Avec douceur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un temps adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. D'un point de vue général, les relations avec l'équipe du S.S.I.A.D sont-elles:

	Très Bien	Bien	Assez bien	Insuffisantes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions : .....

.....  
.....