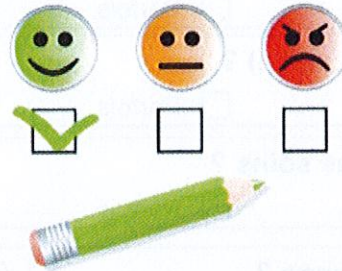


# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET D' EVALUATION SIDPHA

*Afin de nous améliorer et mieux vous satisfaire...*

Afin d'améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre:

- Soit à l'aide-soignant qui intervient chez vous,
- Soit par courrier à cette adresse:  
Service de Soins à Domicile  
1 allée Pierre de Coubertin  
89300 JOIGNY



Date:

## IDENTIFICATION

Nom, Prénom (facultatif) :

Comment êtes-vous arrivé(e) dans le service ?

- |                                                        |                                                             |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Après un passage aux Urgences | <input type="checkbox"/> Suite de consultation              |
| <input type="checkbox"/> Transfert d'un autre service  | <input type="checkbox"/> Transfert d'un autre établissement |
| <input type="checkbox"/> Entrée programmée             | <input type="checkbox"/> Domicile                           |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                 |                                                             |

## ACCUEIL

Votre avis sur la visite de préadmission réalisée par l'infirmière coordinatrice ?

- Très satisfait       Satisfait       Peu satisfait       Pas du tout satisfait

Votre avis sur l'accueil téléphonique ?

- Très satisfait       Satisfait       Peu satisfait       Pas du tout satisfait

Avez-vous eu le livret d'accueil du service ?

- Oui       Non

Les informations données sont-elles suffisantes (personne de confiance, directives anticipées...)?

- Oui       Non



## LA PRISE EN SOINS

### Avant les soins:

Le personnel s'est-il présenté ?  Oui  Non

La tenue vestimentaire du personnel vous paraît-elle correcte ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Vous a-t-on demandé votre consentement pour les soins ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

### Pendant les soins:

Les soignants font-ils preuve de discrétion lors des soins ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Votre intimité est-elle prise en compte (par ex: .....) ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Votre douleur est-elle prise en compte lors des soins ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Selon vous la toilette est-elle un temps d'échange ?  Oui  Non

Selon vous le temps passé à votre domicile est-il suffisant ?  Oui  Non

### D'une manière générale:

Votre avis sur les soins prodigués par les soignants ?

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Pas du tout satisfait

Votre avis sur vos relations avec les soignants :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Pas du tout satisfait

Votre avis sur les relations des soignants avec votre entourage ?

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Pas du tout satisfait

En cas de besoin, l'équipe vous oriente-t-elle vers des personnes compétentes ?  Oui  Non  
 Non concerné

## SATISFACTION GLOBALE

Globalement, diriez-vous que vous êtes :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Pas du tout satisfait

Suggestions et Remarques + :