



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,

Dans le souci de toujours offrir un service et des soins de qualité, le Conseil d'Administration tient à connaître votre appréciation sur le travail réalisé actuellement par le S.S.I.A.D. Ce questionnaire est pour vous et pour nous un moyen privilégié d'améliorer la qualité de votre prise en charge.

Merci d'avance, de prendre le temps de compléter ce questionnaire et de nous le retourner.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments mutualistes les meilleurs.

S.S.I.A.D. : Vittel – Bulgnéville Mirecourt – Dompain Epinal Est-Ouest & Xertigny.

NOM Prénom :

Date de la 1^{ère} intervention par le S.S.I.A.D. :

☞ **POUR QUELLES RAISONS LE S.S.I.A.D. INTERVIENT-IL ?**

Aide partielle/Toilette Aide totale/Toilette

☞ **S'AGIT-IL D'UNE ?**

Aide technique à l'entourage,
 Aide évitant l'hospitalisation,
 Remise en route après une hospitalisation

● **QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION SUR LES PRESTATIONS DES INTERVENANTS DU S.S.I.A.D. :**

➤ **Prise de contact avec le S.S.I.A.D. :**

Très satisfaisant.	Satisfaisant.	Peu satisfaisant.	Pas du tout satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Délai d'attente pour notre intervention :**

Très satisfaisant.	Satisfaisant.	Peu satisfaisant.	Pas du tout satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Accueil téléphonique :**

Très satisfaisant.	Satisfaisant.	Peu satisfaisant.	Pas du tout satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Suivi de la prise en charge :**

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● **QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION SUR LES SOINS D'HYGIENE ET QUALITES RELATIONNELLES DU PERSONNEL SOIGNANT :**

➤ **La qualité des soins d'hygiène des Aides-soignants(es) :**

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Commentaires :**

.....
.....

➤ La qualité relationnelle :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ L'écoute et le conseil :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ La disponibilité :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ La discrétion et le respect :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Le respect de vos demandes :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ La tenue vestimentaire du personnel :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION SUR L'ORGANISATION DU S.S.I.A.D. :

➤ Les horaires proposés pour les soins, vous conviennent-ils ?

OUI.	NON	Quel horaire auriez-vous souhaité ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Les stagiaires qui interviennent avec le personnel, vous posent-ils des désagréments ?

OUI.	NON	Si oui lesquels ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Le nombre d'interventions par semaine, vous convient-il ?

OUI.	NON	Quel autre passage auriez-vous souhaité ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE POUR LES PRESTATIONS DU S.S.I.A.D. :

Très satisfaisante.	Satisfaisante	Peu satisfaisante.	Pas du tout satisfaisante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si vous aviez à nouveau besoin d'aide, feriez-vous appel à notre service :

Oui absolument	oui je pense	non je ne pense pas	non absolument pas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ Si l'un de vos parents ou amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez vous notre service ?

Oui absolument	oui je pense	non je ne pense pas	non absolument pas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

● REMARQUES ET/OU SUGGESTIONS :

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