


| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|
|  | QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION | Code Liaison | DRSMS-Q-QSR- 01 |
| | RESIDENT EHPAD | Mis à jour le | 25/08/2015 |
| | | Version | 01 |
| | | Page | 1/4 |
| | | Auteur | GT-DEMOCRATIE SANITAIRE |
| | | VALIDATION | COMET 08/09/2015 |
| | | | |

Sensibles à une amélioration de la qualité de nos prestations, nous souhaiterions que vous nous fassiez part de votre appréciation sur vos conditions de séjour.

Cette démarche ne fait pas obstacle aux échanges que vous souhaiteriez avoir avec le directeur ou les responsables de service.

Ce questionnaire est ANONYME et CONFIDENTIEL.

Veuillez cocher dans la case correspondant à votre appréciation.

Merci pour votre collaboration

Date :/...../20.....

I- VOUS ETES

Un résident / Une résidente Un proche (ami / famille) Un soignant pour un/une résident(e)




Une femme Un homme Age : ans


Service :

II- VOTRE ADMISSION





Si vous êtes arrivé depuis **plus de 6 mois**, veuillez ne pas tenir compte de cette partie et passer directement à la partie III du questionnaire





| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1- Vous a-t-on remis le livret d'accueil lors de votre admission ? | | |
| 2- Avez-vous reçu des informations par rapport à son contenu ? | | |
| 3- Avez-vous pris connaissance des informations contenues dans le livret d'accueil sur : | | |
| a. La possibilité d'accéder à votre dossier ? | | |
| b. La possibilité de désigner une personne de confiance ? | | |
| c. L'existence du Conseil de la Vie Sociale - CVS? | | |
| 4- Vous a-t-on présenté l'établissement et son fonctionnement ? | | |
| 5- Vos interlocuteurs se sont-ils présentés ? | | |
| 6- Identifiez-vous facilement les personnels intervenant dans votre prise en charge ? | | |

| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT... | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|---|--|---|-----------|
| 7- ...A l'accueil du personnel administratif ? | | | | | |
| 8- ...A l'accueil du personnel médical ? | | | | | |
| 9- ...A l'accueil du personnel soignant ? | | | | | |
| 10- ...Aux formalités d'admission ? | | | | | |


| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|
|  | QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION | Code Liaison | DRSMS-Q-QSR- 01 |
| | RESIDENT EHPAD | Mis à jour le | 25/08/2015 |
| | | Version | 01 |
| | | Page | 2/4 |
| | | Auteur | GT-DEMOCRATIE SANITAIRE |
| | | VALIDATION | COMET 08/09/2015 |

III- SOINS ET RELATIONS





| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION SUR... | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|--|--|---|-----------|
| 11- L'écoute et la disponibilité des médecins ? | | | | | |
| 12- La clarté des informations transmises par les médecins | | | | | |
| 13- Les soins dispensés par le personnel de jour ? | | | | | |
| 14- Les soins dispensés par le personnel de nuit ? | | | | | |
| 15- La disponibilité du personnel de jour ? | | | | | |
| 16- La disponibilité du personnel de nuit ? | | | | | |
| 17- Le respect de la confidentialité ? | | | | | |
| 18- Le respect de votre intimité ? | | | | | |
| 19- Le respect de votre dignité ? | | | | | |





| SI VOUS AVEZ BENEFICIE DES PRISES EN CHARGES SUIVANTES | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Non concerné |
|---|---|---|--|---|--------------|
| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT ... | | | | | |
| (compléter en fonction des PEC ds l'établissement) | | | | | |
| 20- A la prise en charge par les psychologues ? | | | | | |
| 21- A la prise en charge par les kinésithérapeutes ? | | | | | |
| 22- A la prise en charge par la diététicienne ? | | | | | |
| 23- A la prise en charge par l'ergothérapeute ? | | | | | |
| 24- A la prise en charge par l'assistante sociale ? | | | | | |
| 25- A la prise en charge par les transports sanitaires ? | | | | | |
| 26- A la prise en compte de votre douleur physique ? | | | | | |
| 27- Efficacité du traitement relatif à votre douleur ? | | | | | |
| 28- Au soutien apporté en cas d'anxiété / d'inquiétude | | | | | |
| 29- Au choix des activités proposées ? | | | | | |
| 30- A la fréquence des activités ? | | | | | |
| 31- A la manière dont vos proches ont été associés à la prise en charge ? | | | | | |





| | Toujours | Parfois | Jamais | Aucune décision n'a été prise |
|--|----------|---------|--------|-------------------------------|
| 32- Avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitez pour participer aux décisions concernant votre séjour ? | | | | |





| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|
|  | QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION | Code Liaison | DRSMS-Q-QSR- 01 |
| | RESIDENT EHPAD | Mis à jour le | 25/08/2015 |
| | | Version | 01 |
| | | Page | 3/4 |
| | | Auteur | GT-DEMOCRATIE SANITAIRE |
| | | VALIDATION | COMET 08/09/2015 |





IV- SERVICES ET PRESTATIONS


| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT... | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|---|---|---|--|---|-----------|
| 33- ...A l'accueil du personnel administratif ? | | | | | |
| 34- ...A l'efficacité du personnel administratif ? | | | | | |
| 35- ...A la disponibilité du personnel administratif ? | | | | | |

| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT... | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|---|--|---|-----------|
| 36- ...A l'accueil de l'équipe de direction? | | | | | |
| 37- ...A l'efficacité de l'équipe de direction? | | | | | |
| 38- ...A la disponibilité de l'équipe de direction ? | | | | | |

| HOTELLERIE --- COMMENT JUGEZ-VOUS ? | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|---|--|---|-----------|
| 39- La propreté de l'établissement ? | | | | | |
| 40- L'entretien de votre chambre ? | | | | | |
| 41- Le confort de votre chambre ? | | | | | |
| 42- La qualité du service blanchisserie | | | | | |
| 43- La propreté du linge qui vous est fourni ? | | | | | |





| RESTAURATION --- COMMENT JUGEZ-VOUS ? | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|---------------------------------------|---|---|--|---|-----------|
| 44- La qualité des repas ? | | | | | |
| 45- La quantité servie ? | | | | | |
| 46- La présentation des plats | | | | | |
| 47- La variété des plats proposés ? | | | | | |
| 48- La température des plats ? | | | | | |
| 49- Le respect de votre régime ? | | | | | |

| SERVICES DIVERS --- COMMENT JUGEZ-VOUS LES PRESTATIONS ? (ADAPTER en fonction des EHPAD) | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|---|--|---|-----------|
| 50- Coiffeur | | | | | |
| 51- Boutique | | | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|
|  | QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION | Code Liaison | DRSMS-Q-QSR- 01 |
| | RESIDENT EHPAD | Mis à jour le | 25/08/2015 |
| | | Version | 01 |
| | | Page | 4/4 |
| | | Auteur | GT-DEMOCRATIE SANITAIRE |
| | | VALIDATION | COMET 08/09/2015 |

52- Téléphone

V- ENVIRONNEMENT ET CADRE DE VIE

| COMMENT JUGEZ-VOUS ? | Très satisfait  | Satisfait  | Insatisfait  | Très insatisfait  | Sans avis |
|--|---|---|--|---|-----------|
| 53- La propreté | | | | | |
| 54- L'entretien | | | | | |
| 55- Les aménagements | | | | | |
| 56- L'accessibilité des parties communes (Jardin, salon, bibliothèque, salle à manger,...) | | | | | |

VI- VIE SOCIALE ET SECURITE

| | Toujours | Parfois | Jamais |
|--|----------|---------|--------|
| 57- Considérez-vous que votre liberté individuelle soit respectée dans l'établissement ? | | | |
| 58- Avez-vous la possibilité de vous reposer lorsque vous êtes fatigué(e) ? | | | |
| 59- Vous sentez-vous en sécurité dans l'établissement ? | | | |

VII- POUR CONCLURE

| | Très satisfaisant  | Satisfaisant  | Insatisfaisant  | Très insatisfaisant  |
|---|--|--|---|--|
| 60- Est-ce que votre prise en charge est bien traitante ? | | | | |
| 61- Globalement votre séjour est ... | | | | |

62- Recommanderiez-vous notre établissement ?

OUI

NON

Si suite à ces différentes questions, vous avez des remarques à faire et/ou des suggestions à formuler, n'hésitez pas à nous les communiquer ci-dessous

Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions de l'attention que vous y avez portée.