



CCAS : centre communal d'action sociale

Service de soins infirmiers à domicile (SSID)

ENQUÊTE DE SATISFACTION

(Ce questionnaire peut rester anonyme)

Dans le cadre d'une enquête de satisfaction de notre Service de soins infirmiers à domicile (SSID) ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos avis afin de mieux pouvoir répondre à vos besoins et d'améliorer nos prestations. Le temps que vous consacrerez à ce questionnaire nous permettra d'améliorer la qualité de nos services. Nous vous en remercions par avance.

Cette enquête est rempli par : Sexe : F M Votre âge :

vous-même votre famille vos proches votre médecin

autres (à préciser) :

RELATION AVEC LE PERSONNEL

Selon vous, le personnel est-il :

assez à l'écoute ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

disponible ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

aimable ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

discret ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

ponctuel ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

tenue vestimentaire propre et correcte ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

facile à joindre, si besoin ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

Si vous êtes moyennement satisfait(e) ou insatisfait(e), pourquoi ?

.....

Vos remarques et propositions :

.....

Êtes-vous satisfait de la transmission du message ?

oui non sans avis

Si non, pourquoi ?

.....

Vos remarques et propositions :

Selon vous, la responsable du SPASAD est-elle disponible ?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

Vos remarques et propositions :

QUALITÉ DES SERVICES

Êtes-vous satisfait des horaires de passages du personnel soignant ?

satisfaisant moyen insatisfaisant sans avis

Si vous êtes moyennement satisfait(e) ou insatisfait(e), pourquoi?

Vos remarques et propositions :

Êtes-vous satisfait du nombre de passages des soignants dans la semaine ?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

Vos remarques et propositions :

Les week-ends et jours fériés ?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

Vos remarques et propositions :

Quelles seraient les tranches horaires qui vous conviendraient le mieux ?

vos horaires de préférence le matin	de ...h à ...h
vos horaires de préférence le midi	de ...h à ...h
vos horaires de préférence l'après-midi	de ...h à ...h
vos horaires de préférence le soir	de ...h à ...h
vos horaires de préférence la nuit	de ...h à ...h

L'intervention du personnel soignant vous paraît-elle pertinente et coordonnée ?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?
.....
.....

Vos remarques et propositions:
.....
.....

Selon vous, le suivi de la prise en charge par l'infirmier coordinateur est-il satisfaisant?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?
.....
.....

Vos remarques et propositions:
.....
.....

Lors d'une modification des interventions, estimez-vous être informé assez tôt?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?
.....
.....

Vos remarques et propositions:
.....
.....

L'astreinte d'urgence mise en place répond-elle à vos attentes?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?
.....
.....

Vos remarques et propositions:
.....
.....

VOTRE MODE DE VIE

Vous sentez-vous autonome lors du passage du personnel soignant?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?
.....
.....

Vos remarques et propositions:
.....
.....

Hormis le personnel soignant, recevez-vous de la visite?

oui auxiliaire de vie famille voisins

autres (à préciser):

Vous sentez-vous isolé(e)?

oui non sans avis

Si oui, souhaitez-vous que nous vous proposons des activités? Lesquelles vous intéresseraient?

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

Pensez-vous que vos droits sont respectés?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

.....
.....

L'aménagement de votre espace de vie vous convient-il?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

.....
.....

Vos remarques et propositions:

.....
.....

Vos habitudes quotidiennes sont-elles bouleversées par les horaires de passages du personnel soignant?

oui non sans avis

Si non, pourquoi?

.....
.....

Vos remarques et propositions:

.....
.....

Vos habitudes quotidiennes sont-elles respectées:

au niveau de l'hygiène? oui non sans avis

au niveau du soin? oui non sans avis

au niveau de l'alimentation? oui non sans avis

Si non, pourquoi?

.....
.....

Vos remarques et propositions:

.....
.....

Nous vous remercions de votre collaboration.

***Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes:
Service de soins infirmiers à domicile (SSID) - Tél. : 01 56 63 91 11***

Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de modifications aux informations qui vous concernent, si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser au Centre communal d'action sociale de Bagnolet, place Salvador-Allende - 93170 Bagnolet.

