



Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 07 avril 2017

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION A DESTINATION DES RESIDENTS

Votre avis nous intéresse !

Madame, Monsieur,

Inscrit dans une démarche continue de la qualité, et conformément au Code de l'action sociale et des familles et aux recommandations de l'ANESM, notre établissement va procéder à son évaluation interne en 2018. Afin de nous y préparer, nous avons besoin de votre avis sur la qualité des prestations qui vous sont proposées.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire de satisfaction, anonyme, qui nous permettra d'améliorer notre accompagnement et ainsi mieux répondre à l'évolution de vos besoins.



Michelle MOCHALSKI
Directrice du CH

Dans quel service êtes-vous accueilli ?

Quel est votre âge :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Moins de 60 ans | <input type="radio"/> Entre 60 et 70 ans |
| <input type="radio"/> Entre 71 et 80 ans | <input type="radio"/> Entre 81 et 90 ans |
| <input type="radio"/> Entre 91 et 100 ans | <input type="radio"/> Plus de 100 ans |

Depuis combien de temps résidez-vous dans l'établissement :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Moins de 3 mois | <input type="radio"/> De 3 mois à un an |
| <input type="radio"/> D'un an à 3 ans | <input type="radio"/> Plus de trois ans |

Vous avez complété ce questionnaire :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Seul | <input type="radio"/> Avec l'aide d'un proche |
| <input type="radio"/> Autre : | |

Merci de cocher les cases dans les tableaux qui suivent en fonction de votre satisfaction :

TRES SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT	NON REPONSE
				NON REP

Vous pouvez noter vos commentaires dans l'espace prévu à la fin du questionnaire.

**CONCERNANT VOTRE ACCUEIL, ADMISSION
ET LA GESTION DE VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF**



Sur les points suivants, diriez-vous que vous êtes :



**NON
REP**

Le premier contact téléphonique					
La clarté des renseignements fournis pour constituer votre dossier					
L'aide à la constitution et le suivi de votre dossier					
Le premier contact avec le personnel					
La visite de l'établissement					
Le livret d'accueil					
La constitution de votre trousseau					
L'accompagnement et l'aide à l'installation dans votre chambre					
La présentation du personnel et de votre référent					
La présentation du cadre du secteur					
Les informations sur les activités existantes					

CONCERNANT VOS DROITS ET LIBERTES



Sur les informations reçues, diriez-vous que vous êtes :



**NON
REP**

Le contrat de séjour et ses avenants éventuels					
La Charte des droits et libertés					
Le règlement de fonctionnement de l'établissement					
Le choix de votre médecin traitant					
La désignation de votre personne de confiance					
La rédaction de vos directives anticipées					
L'accès à votre dossier médical					
Le mandat de protection future					
Le Conseil de vie sociale ou CVS, son rôle					
La commission des usagers ou CDU, son rôle					
La commission restauration, son rôle					
La commission animation, son rôle					
La pratique du culte de votre choix					
Les moyens d'exprimer vos opinions					
Votre liberté d'aller et venir dans l'établissement					
Votre sécurité dans vos déplacements					

CONCERNANT VOTRE SANTE ET VOS SOINS



Votre médecin traitant est-il un médecin de l'établissement ?

OUI

NON

Sur vos soins médicaux diriez-vous que vous êtes :



Non
Rep

La possibilité d'avoir une consultation ou une visite de votre médecin traitant					
La possibilité d'être informé sur votre santé					
Les informations données sur les examens proposés par le médecin					
Les résultats donnés sur les examens réalisés					
Les informations données sur les traitements prescrits					



Sur vos soins quotidiens, diriez-vous que vous êtes :



Non
Rep

L'aide apportée à la toilette le matin, y compris habillage, coiffage, lunettes, appareil dentaire, auditif...					
L'aide apportée à vos besoins d'hygiène la nuit					
L'aide apportée à votre toilette le weekend, y compris habillage, coiffage, lunettes, appareil dentaire, auditif...					
La fréquence des bains ou douches proposés					
Les informations sur l'accès à des soins de confort apportés par des professionnels extérieurs (coiffure, pédicure)					
Les soins apportés par le personnel infirmier de l'établissement					
Les soins de kinésithérapie et/ou aide à la marche					
Les activités, sociales et de loisir, proposées par les soignants					



Sur la prise en charge de votre douleur, diriez-vous que vous êtes :



Non
Rep

La possibilité de parler de vos douleurs au personnel					
L'évaluation de votre douleur					
Le soulagement de votre douleur					



CONCERNANT VOTRE VIE QUOTIDIENNE

A PROPOS DES REPAS, diriez-vous que vous êtes :



POUR LE PETIT DEJEUNER



NON
REP

L'heure de service					
Le temps passé à table en semaine					
Le temps passé à table le weekend					
La présentation					
Les quantités servies					
La température					
Le goût					

POUR LE DEJEUNER



NON
REP

L'heure de service					
Le temps passé à table en semaine					
Le temps passé à table le weekend					
La présentation					
Les quantités servies					
La température					
Le goût, l'assaisonnement					

POUR LE GOUTER



NON
REP

L'heure de service					
Le temps passé à table en semaine					
Le temps passé à table le weekend					
La présentation					
Les quantités servies					
La température					
Le goût					

POUR LE DINER



NON
REP

L'heure de service					
Le temps passé à table en semaine					
Le temps passé à table le weekend					
La présentation					
Les quantités servies					
La température					
Le goût, l'assaisonnement					

POUR LES MENUS



**NON
REP**

La variété des plats					
Les saveurs					
La texture des repas					
Le respect de vos habitudes alimentaires					

A PROPOS DU SOIN DU LINGE,

L'établissement entretient-il votre linge personnel ?

OUI

NON

Avez-vous eu une/des perte(s) de linge ?

OUI

NON

Avez-vous eu du linge abimé ?

OUI

NON



Et sur le linge, diriez-vous que vous êtes :



**NON
REP**

La fréquence de changement de votre linge de maison (draps, serviettes de toilette, serviette de table)					
La propreté de votre linge de maison					
La propreté de vos vêtements					
La qualité du repassage de vos vêtements					

A PROPOS DE VOTRE CADRE DE VIE :



Concernant les locaux, diriez-vous que vous êtes :



**NON
REP**

La chambre qui vous a été attribuée					
La tranquillité de votre chambre le jour					
La tranquillité de votre chambre la nuit					
Les équipements de votre chambre					
Le confort de votre chambre					
La propreté de votre chambre					
Le repérage dans les locaux communs					
L'accessibilité dans les locaux communs					
La propreté des locaux communs					
L'extérieur de l'établissement					



A PROPOS DE L'ANIMATION :



Diriez-vous que vous êtes :



NON
REP

L'affichage des informations sur les animations					
La diversité des animations proposées					
Le nombre d'animations proposées					
L'intérêt des animations proposées					
L'adaptation des animations proposées					
La sollicitation à la participation aux activités proposées par l'établissement					
Les projets proposés par l'équipe animation					

CONCERNANT LE PERSONNEL



Diriez-vous que vous êtes :



NON
REP

L'identification des différents personnels de l'établissement d'après leurs tenues					
La présentation du personnel					
La politesse du personnel					
L'amabilité du personnel					
L'écoute du personnel					
Le respect du personnel					
La discrétion du personnel					
Le personnel frappe à votre porte avant d'entrer dans votre chambre					
L'attente de votre réponse avant d'entrer					
Le respect de votre rythme de vie					
Le respect de vos habitudes de vie					
Le respect de votre intimité					
Le respect de votre dignité					

Le personnel vous vouvoie-t-il ?

OUI

NON

S'il vous tutoie, est-ce à votre demande ?

OUI

NON



