



Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 07 avril 2017

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION A DESTINATION DES PROCHES

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 sont proposées à votre proche.

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 ses besoins.



Michelle MOCHALSKI
Directrice du CH

Dans quel service votre proche est-il accueilli ?

Quel est son 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 réside-t-il 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 |

Quel est votre lien avec lui ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Famille proche | <input type="radio"/> Famille éloignée |
| <input type="radio"/> Ami | <input type="radio"/> Tuteur |
| <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 L'ACCUEIL, L'ADMISSION ET LA GESTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF



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



NON
REP

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

CONCERNANT SES 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 son médecin traitant					
La désignation de sa personne de confiance					
La rédaction de ses directives anticipées					
Son accès au 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 son choix					
Les moyens d'exprimer ses opinions					
Les moyens d'exprimer vos opinions					
Sa liberté d'aller et venir dans l'établissement					
Sa sécurité dans ses déplacements					

CONCERNANT SA SANTE ET SES SOINS



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

OUI

NON



Sur les soins médicaux diriez-vous que vous êtes :



Non
Rep

La possibilité d'avoir un rendez-vous avec le médecin qui suit votre proche

--	--	--	--	--



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



Non
Rep

L'aide apportée à sa toilette le matin, y compris habillage, coiffage, lunettes, appareil dentaire, auditif...

--	--	--	--	--

L'aide apportée à ses besoins d'hygiène la nuit

--	--	--	--	--

L'aide apportée à sa 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 sa/ses douleurs, diriez-vous que vous êtes :



Non
Rep

La possibilité de parler de sa/ses douleurs au personnel

--	--	--	--	--

L'évaluation de sa/ses douleurs

--	--	--	--	--

Le soulagement de sa/ses douleurs

--	--	--	--	--



CONCERNANT SA 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 des assiettes					
Les quantités servies					
La température des plats					
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 des assiettes					
Les quantités servies					
La température des plats					
Le goût, l'assaisonnement					

POUR LES MENUS



**NON
REP**

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

A PROPOS DU SOIN DU LINGE,



L'établissement entretient-il son linge personnel ?	OUI	NON
A-t-il eu une/des perte(s) de linge ?	OUI	NON
A-t-il eu du linge abimé ?	OUI	NON

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



**NON
REP**

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

A PROPOS DE SON CADRE DE VIE :



Concernant les locaux, diriez-vous que vous êtes :



**NON
REP**

La chambre qui lui a été attribuée					
La tranquillité de sa chambre le jour					
La tranquillité de sa chambre la nuit					
Les équipements de sa chambre					
Le confort de sa chambre					
La propreté de sa 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					
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 sa porte avant d'entrer dans sa chambre					
L'attente de sa réponse avant d'entrer					
Le respect de son rythme de vie					
Le respect de ses habitudes de vie					
Le respect de son intimité					
Le respect de sa dignité					

Le personnel le vouvoie-t-il ?

OUI

NON

S'il le tutoie, est-ce à sa demande ?

OUI

NON



