

## Service de soins infirmiers à domicile

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1) Nom / Prénom du patient (facultatif) : .....

- – de 60 ans       70-79 ans       90-99 ans  
 60-69 ans       80-89 ans       100 ans et +

- Femme       Homme

- Aviez-vous lu le classeur mis à votre domicile ?     OUI     NON

Si non, pourquoi ? .....

- Avez-vous été satisfait de l'organisation de votre prise en charge ?     OUI     NON

2) Votre avis sur la prestation des aides-soignants :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Mécontent(e)	Très mécontent(e)
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discrétion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Que pensez-vous de la qualité de soins apportés par le service ?

- Très satisfait(e)     Satisfait(e)     Mécontent(e)     Très mécontent(e)

4) Pensez-vous que l'équipe de soins à domicile vous informait suffisamment sur les changements d'organisation, d'agent ?

- Très satisfait(e)     Satisfait(e)     Mécontent(e)     Très mécontent(e)

5) **Le SSIAD intervient du lundi au dimanche midi avec des tranches-horaires (8h00 / 10h00, 10h00 / 12h00, 16h30 / 18h30)**

**Étiez-vous satisfait(e) de vos horaires de passage ?**  OUI  NON

Si non, pourquoi ? .....

.....

**Le nombre de passages hebdomadaires du SSIAD vous convenait-il ?**  OUI  NON

Si non, pourquoi ? .....

.....

6) **Avez-vous été satisfait (e) de votre prise en charge globale par le service à domicile ?**

	OUI	NON
Infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel administratif du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) **La présence d'étudiants vous a-t-elle posée problème ?**  OUI  NON

Si oui, pourquoi ? .....

.....

8) **De manière générale, si des améliorations devaient être apportées au Service de Soins Infirmiers à Domicile, quelles seraient selon vous les priorités ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9) **Si vous avez bénéficié d'une aide pour remplir ce questionnaire, venait-elle de :**

Votre famille  Un proche  Une aide à domicile

Autres (précisez) : .....