







































QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DESTINÉ AUX RESIDENTS DE L'EHPAD

**Aidez-nous à mieux répondre à vos besoins,
Merci de remplir ce questionnaire
(vos réponses resteront confidentielles)**

VOTRE CHAMBRE :	Oui	Non	Commentaires éventuels	
Avez-vous une chambre individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Souhaitez-vous changer de chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Votre degré de satisfaction sur votre chambre :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Son confort				
Son équipement, mobilier				
La qualité de la literie				
Le fonctionnement, l'entretien des sanitaires				
L'espace disponible dans votre chambre				
L'insonorisation				
L'aération				
La température de la chambre				
L'hygiène				

LE RESPECT DE VOS DROITS, DIGNITE, CONFIDENTIALITE, INTIMITE, CROYANCES Quel est votre degré de satisfaction sur :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Le respect de l'intimité				
Le respect de la pudeur				
Le respect de la dignité				
Le respect de vos droits				
Le respect de votre culte, la facilité pour le pratiquer				

LES REPAS :	Oui	Non	Commentaires éventuels	
Suivez-vous un régime particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Respectons-nous vos goûts, vos préférences et prenons nous en compte vos remarques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Votre degré de satisfaction sur les repas	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Les heures de distribution des repas				
Le temps laissé pour manger				
L'aide apportée au repas si besoin				
La saveur des plats				
La température des plats servis				
Les quantités proposées				
La variété des menus				
La qualité des petits déjeuners				
Les gâteaux d'anniversaire				
VOTRE LINGE PERSONNEL	Oui	Non	Commentaires éventuels	
Avez-vous le sentiment que l'on prend soin de vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà constaté des pertes de vêtements ? Si oui , combien de fois : Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà constaté des détériorations sur vos habits ? Si oui , de quels types (troués, rétrécis, déteints ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

































LES SERVICES PROPOSES	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Quel est votre degré de satisfaction sur :				
L'amabilité de la coiffeuse				
Sa disponibilité				
La fréquence de la prestation coiffure				

LES ACTIVITES	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Quel est votre degré de satisfaction sur :				
Les animations proposées				
La fréquence des animations				
Le temps consacré				
La disponibilité des bénévoles				
L'amabilité des bénévoles				
LES ACTIVITES	Oui	Non	Commentaires éventuels	
Etes-vous informé(e) des activités proposées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vous sentez vous obligé(e) d'y participer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Regardez vous souvent la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participez vous aux activités proposées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles : Entourez les réponses : Sorties Chorale Spectacles Fêtes organisées Activités manuelles Jeux				
Quelles activités aimeriez-vous pratiquer ?				
Aimeriez vous partir en vacances quelques jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , où souhaiteriez vous aller ? <input type="checkbox"/> Dans votre famille <input type="checkbox"/> A la montagne <input type="checkbox"/> A la campagne <input type="checkbox"/> Dans une autre ville <input type="checkbox"/> Autres, précisez			

LA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE				
	Oui	Non	Commentaires éventuels	
En cas de besoin, savez vous à qui vous adresser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Quel est votre degré de satisfaction sur :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
L'amabilité du personnel administratif				
La disponibilité				
La qualité et la fiabilité de l'information				
Les informations administratives (tarif journalier, mensuel du forfait hébergement ? Si oui , précisez les montants				
L'accueil, la prise en charge et l'information donnée à vos proches				

LE SUIVI MEDICAL				
Quel est votre degré de satisfaction sur :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Les soins prodigués par les médecins				
Le déroulement des visites médicales				
Les informations données par le médecin sur votre état de santé				
Les informations données par le médecin sur votre traitement				
Les informations données par le médecin sur les examens médicaux prescrits et le déroulement des examens				

LES SOINS DES EQUIPES (infirmières, kinésithérapeute) Quel est votre degré de satisfaction sur :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
L'amabilité des équipes soignantes				
La disponibilité				
L'efficacité de la prise en charge				
Le délai de réponse suite à votre appel				
La prise en charge de la douleur				
L'écoute, le soutien moral				
Les soins prodigués par le kinésithérapeute si concerné				
L'aide apportée pour vous vêtir, faire votre toilette, vous déplacer si besoin				
Les soins dispensés la nuit				
LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE	Oui	Non	Commentaires	
Etes vous informé sur l'organisation et le fonctionnement et les changements d'organisation du service ? Si oui, comment ? Entourez la réponse : <ul style="list-style-type: none"> - Personnellement, - Collectivement, - Par affichage, - Par d'autres résidents, - Par votre famille 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Souhaiteriez-vous des changements, des modifications dans le fonctionnement du service ? Si oui , lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En cas d'insatisfaction, savez vous à qui vous adresser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En cas d'insatisfaction, avez-vous eu le sentiment d'être écouté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vous sentez-vous en sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà été victime de vols ou de détériorations d'objets personnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous eu à déplorer des négligences de la part des personnels ? Si oui , lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE Quel est votre degré de satisfaction sur :	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
L'heure du lever				
L'heure du petit déjeuner				
L'heure de la toilette				
L'heure des soins				
L'heure du ménage				
L'heure du déjeuner				
L'heure du dîner				
L'heure du coucher				

APPRECIATION GLOBALE	Oui	Non	Commentaires éventuels
Recommanderiez-vous l'établissement à vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estimez vous que vous disposez d'une bonne qualité de vie au sein de la structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souhaitez vous continuer à être pris(e) en charge par l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	