

**Date :** du 2 au 13 Juin 2014

**Vous êtes :** La personne soignée  
Un membre de l'entourage  
Autre :

**Quelle impression gardez-vous de l'accueil ?**

Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait

**Le Livret d'accueil est-il clair et compréhensif :**

Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait

**Concernant l'équipe soignante :**

Respect de l'horaire : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Disponibilité dans le temps du soin : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Disponibilité dans l'écoute : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Transmissions au sein de l'équipe : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Notre apparence et notre attitude vous convient-elle ?  
Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait

**Quel est votre degré de satisfaction concernant :**

Respect de vos habitudes de vie : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Respect de vos souhaits et attentes: Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Respect de votre pudeur : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Respect de votre environnement : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Douceur des gestes : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Communication pendant le soin : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Respect des règles de sécurité : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Respect du lavage des mains : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait  
Discrétion : Satisfait/Moyennement satisfait/Insatisfait

*Entourer la réponse choisie*

**Avez-vous un sentiment de bien-être après le soin ?**

Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait

**Pensez-vous que le SSIAD a développé une politique de bientraitance ?**

Oui, c'est sûr A poursuivre A retravailler

**Etes-vous satisfait de notre relation avec les personnes de votre entourage (famille, autres professionnels...) ?**

Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait

**La Coordination :**

Lors de l'admission, la coordinatrice a-t-elle :

Présenté le service de façon : Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait  
Répondu à vos attentes de façon : Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait  
Été disponible et attentive : Oui Non

Au cours de la prise en charge, la coordinatrice a-t-elle :

Été attentive à vos demandes : Oui Non  
Répondu (positivement ou négativement) à vos demandes : Oui Non  
Rempli son rôle de coordination avec les autres intervenants : Oui Non

**Que souhaiteriez-vous pour améliorer la qualité de votre prise en charge ?**

**Votre avis, nous intéresse ?**

En Septembre 2014, nous vous proposons la participation au comité des usagers  
( = temps d'échange entre les usagers, leurs familles et le service).

Quelle disponibilité vous conviendrait le mieux : Jour :  
Horaire :

**Merci de votre collaboration.**

**L'équipe du service de soins infirmiers à domicile.**

*Entourer la réponse choisie*

## Service Soins Infirmiers A Domicile

12 Rue de Redon

56 350 ALLAIRE

Tél. : **02.99.71.90.80**

Fax : 02 99 71 93 15

Site internet : <http://www.asso-csi-allaire-malansac.com/>

E-mail : [ssiad.allaire@wanadoo.fr](mailto:ssiad.allaire@wanadoo.fr)

**Aidez-nous à satisfaire vos attentes !**

*Entourer la réponse choisie*

## Enquête de satisfaction

## SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

## ALLAIRE-MALANSAC



**Madame, Monsieur,**

**Le Service Soins Infirmiers A Domicile d'ALLAIRE-MALANSAC intervient chez vous. Nous souhaitons connaître anonymement votre avis sur la qualité de nos prestations.**

**Pouvez-vous remplir la grille suivante et nous la remettre dans son enveloppe.**

*Entourer la réponse choisie*