



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

« Prendre soin en Haut-Quercy »

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SSIAD

Nous vous proposons de participer à l'amélioration de la qualité de nos prestations par le biais de ce questionnaire, qui peut être rempli par vous-même ou l'un de vos proches.

Légende : Très Satisfait Satisfait Peu Satisfait Insatisfait



PRISE EN CHARGE

Délai d'attente entre la demande et la prise en charge :

Présentation du service :

Disponibilité de l'infirmière coordinatrice :

Fréquence des passages :

Horaires des passages :

Durée de l'intervention :

Matériel installé au domicile.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS

Respect de vos habitudes de vie

Respect de votre intimité.....

Respect de votre autonomie.....

Prise en charge de la douleur.....

Bonne coordination SSIAD / autres intervenants.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNEL SOIGNANT

Confidentialité et discrétion.....

Écoute et disponibilité.....

Information.....

Prise en compte de vos attentes.....

Hygiène (tenues, mains.....)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solliciteriez-vous à nouveau le service du SSIAD et le conseillerez-vous ? OUI NON

Personne ayant répondu à cette enquête : Patient Proche

Remarques /Suggestions :

Vous pouvez retourner ce questionnaire avant le dans l'enveloppe jointe en le donnant à l'équipe du SSIAD ou en l'envoyant par courrier postal à l'attention du directeur du Centre Hospitalier. L'équipe du SSIAD vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire.