

Votre expérience du SSIAD

Dans un souci de toujours offrir un service et des soins de qualité, nous vous proposons de participer à l'amélioration de nos prestations par le biais de ce questionnaire, qui peut être rempli par vous-même ou l'un de vos proches. Merci de le retourner au service « Direction ».

Date : **Nom (facultatif) :** ☐ **Patient** ☐ **Proche**

Légende :

Très bien

Bien

Médiocre

Mauvais



APPRECIATION GLOBALE

Sur une échelle de 0 à 10 quelle note globale donneriez-vous à ce service ? ... / 10

Le SSIAD a-t'il un rôle important dans votre maintien à domicile ? ☐ Oui ☐ Non

Qui vous a informé de l'existence de ce service ?

☐ Médecin traitant ☐ Hôpital ☐ Entourage ☐ Infirmier(es) Libéraux ☐ Autre.....

ADMISSION ET ACCUEIL



- Accueil téléphonique
- Contact avec le cadre du service
- Délai d'attente pour le début de prise en charge

<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"/>

Combien de temps avez-vous attendu entre la demande et l'admission ?

PRISE EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE



- La prise en compte de votre douleur
- La qualité relationnelle (écoute, conseil, disponibilité ...)
- L'attitude des agents (tenue, discrétion, non jugement...)
- Les réponses à vos demandes
- Les conseils et informations donnés sur votre état de santé
- Le respect de vos habitudes de vie

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

Les soignants vous laissent participer aux soins en fonction de vos capacités

Vous ressentez un mieux-être après le soin d'hygiène

L'ORGANISATION



La fréquence d'intervention par semaine est-elle suffisante ?

Les horaires proposés sont-ils adaptés ?

Les horaires de passage sont-ils respectés dans l'ensemble (hors impératifs)

<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"/>

Remarques /Suggestions :

.....