

# 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



## APPRÉCIATION 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

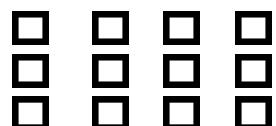
**Qui vous a informé de l'existence de ce service ?**

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



## ADMISSION ET ACCUEIL

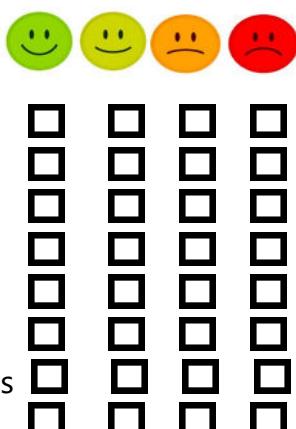
- Accueil téléphonique
- Contact avec le cadre du service
- Délai d'attente pour le début de prise en charge



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

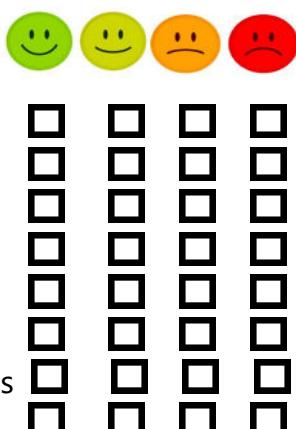
## PRISE EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE

- 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



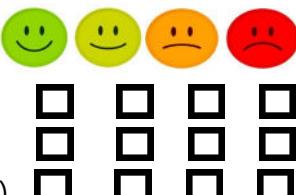
Les soignants vous laissent participer aux soins en fonction de vos capacités

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



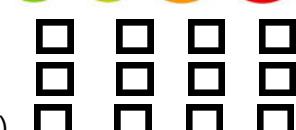
## L'ORGANISATION

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)



**Remarques / Suggestions :** .....