



Etablissement d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes

87230 CHALUS

Tél. : 05-55-78-43-91

Fax : 05-55-78-66-05

Courriel : administration@ehpad-chalus.fr

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AUPRES DES RESIDENTS

Direction / service :
Qualité

Numéro du document :

VERSION 0 – 23/10/06

...
VERSION 10 – 25/06/18

Page : 1/5

La satisfaction de nos résidents nous intéresse au plus haut point.

C'est pour cela que nous vous adressons ce questionnaire de satisfaction. Les réponses que vous fournirez resteront strictement confidentielles, vous n'avez aucune indication nominative à mentionner.

La synthèse des résultats nous permettra d'améliorer la qualité des prestations que nous vous proposons et de rester, dans la mesure du possible, au plus proche de vos souhaits.

Votre appréciation actuelle nous intéresse...

(Entourez la réponse qui vous correspond)

A- L'ACCUEIL

1- Etes-vous arrivé dans l'année.....Oui/Non
Si oui veuillez répondre aux questions suivantes (2 et 3) sinon tournez la page.

2- Avez-vous visité l'établissementOui/Non
Si non, pourquoi ? :.....

3- Avez-vous été bien accueilli le jour de votre arrivée.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....

Remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

Destinataire : Service Qualité

B – LES REPAS

Etes-vous satisfait:

1- Des repas en quantitéOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

2- Des repas en qualitéOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

3- Du service du petit déjeunerOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

4- Du service du repas du midiOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

5- Du service du repas du soirOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

Remarques et suggestions :.....

.....

.....

C- LES LOCAUX

1 - Votre chambre est-elle :

- confortableOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

- propreOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

2 - La salle de bain est-elle pratiqueOui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

3 - Les espaces communs sont-ils :

- agréables :Oui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

- propres :Oui/Non

Si non, pourquoi ? :.....

Remarques et suggestions :.....

.....

.....

D- LES PRESTATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Êtes-vous satisfait(e) :	😊😊	😊	😐	😞
- de l'entretien du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'aide apportée à la « toilette » (Equipe soignante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'aide apportée au « coucher » (Equipe soignante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des petits travaux dans votre chambre (ampoule, TV ...)(service technique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions :
.....
.....
.....
.....

E- LES ACTIVITES

1 - Etes-vous satisfait :

- des activités proposées par la psychologue.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- des activités proposées par l'éducateur sportifOui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- des activités proposées par l'animatriceOui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- des sorties organiséesOui/Non
Si non, pourquoi ? :.....

Remarques et suggestions :
.....
.....
.....
.....

F- RESPECT DES DROITS ET LIBERTE

- 1 - Avez-vous pu apporter vos objets personnels ?**.....Oui Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 2 - Avez-vous le choix :**
- de votre culte**..... Oui Non
Si non, pourquoi ? :.....
 - de votre médecin**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
 - de votre kiné**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
 - de votre coiffeur**Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
 - de votre pédicure**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
 - de participer à la vie civique**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 3 - Vous sentez-vous libre**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 4 - Votre intimité est-elle respectée**Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 5 - Vous sentez-vous respecté dans cette résidence**Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 6 - Vous sentez-vous en sécurité**Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 7 - Avez-vous déjà reçu un compte rendu CVS :**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 8 - Participez-vous à des réunions CVS, menus**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 9 - Avez-vous la possibilité de fermer votre porte de chambre à clé**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 10 - Avez-vous la possibilité d'accéder quand vous le souhaitez à votre chambre** Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....
- 11 - Avez-vous la possibilité d'inviter vos proches**.....Oui/Non
Si non, pourquoi ? :.....

12 – Est-ce que le personnel vous tutoie.....Oui/Non
Si oui, est-ce vous qui lui avez demandé.....Oui/Non

13 – Est-ce que le personnel vous appelle par votre prénom.....Oui/Non
Si oui, est-ce vous qui lui avez demandé..... Oui/Non

Remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

14 – De manière générale comment vous sentez vous dans l'établissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vous êtes dans une chambre à l'unité protégée ?

Oui Non

Vous êtes dans une chambre neuve ?

Oui Non

Merci de votre participation.