QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis est précieux pour améliorer la qualité de nos prestations dans le cadre des soins à domicile. Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire et nous le retourner par tous moyens. Celui-ci est anonyme.

Qui remplit le questionnaire : ☐ le patient ☐ l'entourage ☐ le représentant légal

Votre âge : ..... ans Durée des soins : ..... ☐ Jours ☐ semaines ☐ mois ☐ années

Orientation vers notre cabinet : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Proche ☐ Annuaire ☐ Autre : .....

Quel est votre niveau de satisfaction sur les points suivant concernant **l'accueil**	Très Insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Le délai de réponse suite à votre demande	❍	❍	❍	❍
L'écoute ; la disponibilité et les réponses apportées	❍	❍	❍	❍
Les informations fournies à votre accueil	❍	❍	❍	❍
L'organisation proposée	❍	❍	❍	❍
La prise en compte de votre entourage	❍	❍	❍	❍
L'évaluation de vos besoins avant l'admission	❍	❍	❍	❍
La recherche de votre consentement	❍	❍	❍	❍
Quel est votre niveau de satisfaction sur les points suivant concernant **les soins**	Très Insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
L'explication du plan de soins et des interventions	❍	❍	❍	❍
La qualité des documents remis	❍	❍	❍	❍
La réactivité de l'équipe de soins	❍	❍	❍	❍
L'adaptabilité de l'équipe d'infirmiers	❍	❍	❍	❍
La qualité technique des soins infirmiers	❍	❍	❍	❍
La qualité relationnelle des soins infirmiers	❍	❍	❍	❍
Le respect du plan de soins et des programmations	❍	❍	❍	❍
La prise en compte de votre douleur	❍	❍	❍	❍
Le respect de votre dignité et intimité	❍	❍	❍	❍
La discrétion et la confidentialité des échanges	❍	❍	❍	❍
L'expertise et les compétences de l'équipe d'infirmiers	❍	❍	❍	❍
Quel est votre niveau de satisfaction sur les points suivant concernant **le suivi et la coordination**	Très Insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
La coopération avec les autres acteurs à votre domicile	❍	❍	❍	❍
La liaison et la coordination avec votre médecin	❍	❍	❍	❍
L'information sur les aides et ressources de votre territoire fournie	❍	❍	❍	❍
La liaison avec d'autre professionnel paramédicaux	❍	❍	❍	❍

Sur l'échelle de 1 à 10 , comment évalueriez vous votre satisfaction globale sur votre prise en charge (entourez le score)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sur l'échelle de 1 à 10 , quelle est la probabilité que vous nous recommandiez à un proche (entourez le score)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Merci beaucoup pour votre participation à notre amélioration

Version septembre 2023