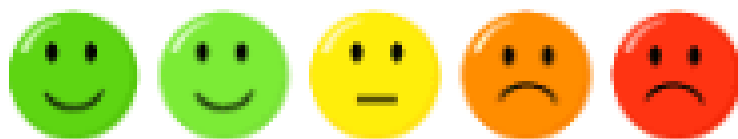


ENQUÊTE DE SATISFACTION 2026

Madame, Monsieur,

Vos appréciations sur l'ensemble de votre séjour sont essentielles pour améliorer la qualité du service que nous offrons aux résidents.

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire anonyme en cochant votre choix pour chaque question. Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'une des questions, merci de ne pas y répondre.



Très
satisfait

Satisfait

Moyennement
Satisfait

Peu
Satisfait

Pas
Satisfait

Vous retrouvez également à la fin de ce questionnaire un espace "remarques et suggestions" qui vous permettra d'apporter des précisions sur votre séjour.

Merci de remettre ce questionnaire à l'accueil, dans l'urne prévue à cet effet.

Vous avez également la possibilité de nous transmettre un courrier au :

**355 Rue des Fossés,
82800 Nègrepelisse**



Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

INFORMATION SUR VOS DROITS



Êtes vous satisfait :

- De l'accessibilité de l'établissement ?
- Du fléchage et de la signalétique ?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Que pensez-vous de la clarté des informations disponibles dans le **livret d'accueil** ?

☐☐☐☐☐

Vous a-t-on proposé de désigner une **personne de confiance** ?

☐ Oui ☐ Non

Aviez-vous donné vos **directives anticipées** ?

☐ Oui ☐ Non

Globalement, pensez-vous que **vos droits sont respectés** ?

☐ Oui ☐ Non

Est ce que vous **vous sentez écoutés** par les professionnels du service ?

☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que votre **intimité et dignité** sont respectées durant votre séjour ?

☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que la **confidentialité** de vos informations est respectée ?

☐ Oui ☐ Non

Vous a-t-on expliqué **le rôle des professionnels et autres intervenants** ?

☐ Oui ☐ Non

Savez-vous **reconnaitre les différents professionnels et intervenants** ?

☐ Oui ☐ Non

Vous a-t-on expliqué le **fonctionnement du service** ?

☐ Oui ☐ Non

SOINS ET ACCOMPAGNEMENTS

Obtenez-vous spontanément des **informations claires** et suffisantes, concernant :

- Votre état de santé ?
- La réalisation des soins ?

☐ Oui ☐ Non☐ Oui ☐ Non

Comment trouvez-vous :

- L'aide à la toilette/habillage
- La fréquence des douches
- Les soins hygiène bucco-dentaire

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Comment jugez-vous la **prise en charge de la douleur** ?

☐☐☐☐☐

Si vous avez eu de la **rééducation**, quel est votre niveau de satisfaction ?

☐☐☐☐☐

Globalement, êtes-vous satisfait de la **prise en charge médicale et soignante** ?

☐☐☐☐☐

CHAMBRE ET REPAS



Êtes-vous satisfait :

- De la propreté de la chambre ?
- Du calme de la chambre ?
- De l'adaptation des locaux à votre état de santé ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Êtes-vous satisfait :

- Des horaires de lever ?
- Des horaires de coucher ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Êtes-vous satisfait :

- De l'installation, aide et accompagnement au repas ?
- De l'horaire et la durée du repas ?
- De la qualité gustative du repas ?
- De la quantité des repas ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Pensez-vous que vos **goûts alimentaires et vos régimes particuliers** sont pris en compte ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Êtes-vous satisfaits de pouvoir **partager le repas avec votre famille et vos proches** ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Globalement, êtes vous satisfait(e) de la **prestation de restauration** ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

VIE SOCIALE ET LES ANIMATIONS

Est ce que votre **rythme de vie** est respecté ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Est ce que votre **culte** est respecté ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----



Quel est votre degré de satisfaction concernant :

- Les **activités proposées** ?
- Les **sorties extérieures** ?
- Les **manifestations festives** ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Connaissez-vous l'existence du **Conseil de la Vie Sociale (CVS)** ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

SATISFACTION GENERALE

Globalement, êtes vous satisfait(e) de votre prise en charge/accompagnement ?

☐☐☐☐☐

Vos remarques et suggestions

Ce que vous avez particulièrement apprécié :

.....

.....

.....

.....

.....

Ce que vous souhaiteriez voir s'améliorer :

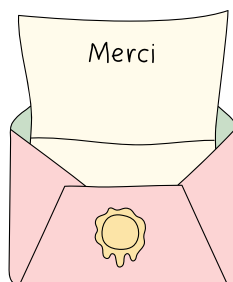
.....

.....

.....

.....

.....



Les résultats de l'enquête seront analysés et partagés pour mettre en place des actions concrètes.