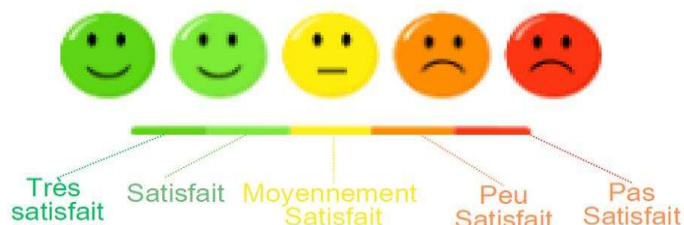


Vous bénéficiez des prestations du SSIAD ; votre ressenti est important et nous intéresse.

Votre avis et vos commentaires (recueillis avec l'aide de vos proches si nécessaire) permettront de répondre au mieux à vos souhaits et à vos besoins.

Ce questionnaire est anonyme et les informations reportées sur ce questionnaire demeurent bien évidemment confidentielles.

La Direction du Groupement Hospitalier Vallée Quercy et les professionnels du SSIAD vous remercient de votre participation.



(cocher les cases carrées)

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

Informations sur vos droits

Vous a-t-on expliqué le fonctionnement du SSIAD ?

Vous a-t-on remis la pochette d'accueil ?

(information sur la personne de confiance, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs...)

OUI	NON
☐	☐
☐	☐

Pensez-vous les informations disponibles dans le contrat de soins sont claires et compréhensibles ?

Pensez-vous les informations disponibles dans le règlement de fonctionnement sont claires et compréhensibles ?

				
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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

Vous a-t-on proposé de rédiger vos directives anticipées ?

OUI	NON
☐	☐
☐	☐

Globalement, êtes-vous satisfait(e) du respect de vos droits ?

Droit à la dignité
 Droit à la confidentialité
 Droit à l'intimité

				
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Vous sentez-vous écouté(e) par les intervenants à domicile ?

OUI	NON
☐	☐

Soins et accompagnement

Êtes-vous satisfait(e) de la qualité des soins ?

Les soins d'hygiène

Les soins de confort

La prévention des risques de chute

La prévention des escarres

L'évaluation et le suivi de votre douleur

Êtes-vous satisfait(e) des horaires d'intervention ?

de la durée des interventions ?



Les professionnels adaptent-ils leurs interventions en fonction de vos habitudes de vie ?

(vos rendez-vous, les autres intervenants à votre domicile, heures de passage...)

Que pensez-vous du respect de votre capacité d'autonomie ?

(votre participation et accompagnement au déroulement de vos soins...)



Savez-vous qui prévenir pour tout changement à votre initiative ?

Avez-vous rencontré des difficultés pour contacter le service ?

OUI	NON

Etes-vous satisfait(e) de la continuité et la coordination des soins ?

(entre les Aides-Soignantes, les Infirmières, le Médecin et le responsable du Service)



--	--	--	--	--

VOTRE SATISFACTION GLOBALE (cocher une case carrée)



Très
satisfait

Satisfait

Moyennement
Satisfait

Peu
Satisfait

Pas
Satisfait

☐
☐
☐
☐
☐

Vos remarques et suggestions

Ce que vous appréciez particulièrement :

.....

.....

Ce que vous souhaiteriez voir s'améliorer :

.....

.....