

Notre établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la Qualité. Le recueil de VOTRE satisfaction réalisée annuellement par le biais de ce questionnaire nous permet d'améliorer nos prestations en captant vos remarques et suggestions afin de répondre au mieux à l'évolution de vos besoins. Ce Questionnaire est à remettre à M. CRASSO, Direction de la Qualité du CH de BAZAS par voie postale ou par l'intermédiaire du secrétariat de l'EHPAD.

Ce questionnaire est anonyme ou non selon votre volonté :

Nom (facultatif) : _____

Prénom (facultatif) : _____

POUR REpondre, COCHEZ LA CASE CORRESPONDANT AU DEGRE DE VOTRE SATISFACTION (Une croix par ligne)

Pour mieux vous connaître vous résidez :

- Quartier les Tilleuls
Quartier la Cathédrale
Quartier les Remparts
Quartier la Prade
Unité de Vie Spécialisée la Pinède
Quartier les Fougères
Maison de retraite de Villandraut

ACCUEIL :

Que pensez-vous de :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- l'accueil qui vous a été réservé par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'accueil qui vous a été réservé par les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'information reçue sur la prise en charge administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des délais d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des conditions de réalisation de votre dossier d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la présentation de l'équipe de professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :

L'ANIMATION :

Que pensez-vous :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- du choix des animations proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'intérêt des animations proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la diversité des animations proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la réalisation des animations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la communication du planning des animations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'intervention des bénévoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de votre participation aux sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE QUELLES ANIMATIONS SOUHAITERIEZ-VOUS BENEFICIER :

VOTRE CADRE DE VIE :

Vous sentez-vous :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- assez informé concernant les représentants des usagers au conseil de vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- libre de recevoir vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- en sécurité dans l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- libre d'exprimer vos réclamations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- libre de sortir à l'extérieur de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- libre de vos croyances et de pratiquer le culte de votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seriez-vous prêt à siéger :

	OUI	NON
- au conseil de la vie sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à la commission des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à la commission des animations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Oui, veuillez vous rapprocher du secrétariat de l'EHPAD afin de nous communiquer votre nom. MERCI.

REMARQUE :

REPAS :

Que pensez-vous de :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- l'heure du petit déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'heure du déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'heure du dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la durée des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la qualité du service hôtelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'aide apportée par le personnel lors du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la quantité servie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la prestation proposée pour partager un repas avec votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :

SOINS :

Que pensez-vous de :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- l'aide apportée aux soins d'hygiène par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la fréquence des douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la fréquence du nettoyage de vos prothèses (dentiers, lunettes, appareil auditif...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect de votre pudeur lors de la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la prise en charge infirmier qui vous est dédiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du choix de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du suivi par votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Savez-vous que vous pouvez faire appel aux professionnels suivants :

	OUI	NON
- Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kinésithérapeute / Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toutes spécialités médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :

VOTRE RELATION AVEC LE PERSONNEL

Que pensez-vous :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- du respect du personnel envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect du personnel envers les autres résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'usage de la politesse par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'usage de la politesse par les résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :

VOTRE CHAMBRE

Que pensez-vous :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- de la possibilité de personnaliser votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect du lieu privé qu'est votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la réponse du soignant lors d'un appel sonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des petites réparations effectuées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :

LE LINGE

Que pensez-vous :	Très satisfait	satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
- de l'entretien général de votre linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prestation de nettoyage de votre linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prestation de repassage de votre linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du délai de retour de votre linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE :