

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 anonyme ou non selon votre volonté :

Nom (facultatif) : _____

Prénom (facultatif) : _____

Quel est votre lien avec le résident :

Conjoint Frère/Sœur Gendre/Belle fille Voisin

Enfant Tuteur Neveu/Nièce Autre (préciser):

Où réside votre proche :

Quartier les Tilleuls Quartier la Cathédrale Quartier les Remparts

Quartier la Prade U.V.S. La Pinède Quartier les Fougères

Maison de retraite de Villandraut

ACCUEIL DE VOTRE PROCHE :

Que pensez-vous de :

| | Très satisfait | satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|--|----------------|-----------|---------------|-----------------------|
|--|----------------|-----------|---------------|-----------------------|

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - l'accueil qui lui a été réservé par les soignants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - l'accueil qui lui a été réservé par les administratifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - l'information reçue sur sa 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 son 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 la participation de votre proche aux sorties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REMARQUE :

LE CADRE DE VIE DE VOTRE PROCHE :

Le 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 ses 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 ses 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 ses croyances et de la pratique du culte de son choix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seriez-vous prêt à siéger en tant que représentant des familles :

| | 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 pour son installation au 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 son entourage | <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 ses prothèses (dentiers, lunettes, appareil auditif...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect de sa pudeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la prise en charge soignante qui lui est dédiée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la prise en compte de sa douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du choix laissé concernant son médecin traitant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du suivi de son médecin traitant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Savez-vous que votre proche peut faire appel aux professionnels suivants :

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

REMARQUE :

RELATION AVEC LE PERSONNEL

| Que pensez-vous : | Très satisfait | satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - du respect du personnel envers elle/lui | <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"/> |
| - de la possibilité offerte pour vos réclamations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REMARQUE :

SA CHAMBRE

| Que pensez-vous : | Très satisfait | satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de la possibilité de personnaliser sa chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de la propreté de sa chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect du lieu privé qu'est sa 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 son linge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de la prestation de nettoyage de son linge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de la prestation de repassage de son linge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du délai de retour de son linge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REMARQUE :