

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## L'ACCUEIL :

Lors du 1er contact avec le service, avez-vous été satisfait de l'accueil qui vous a été réservé?

OUI

NON

Si NON, précisez : .....

## SOINS DISPENSES ET LEUR QUALITE :

Les soins dispensés correspondent-ils à vos attentes ?

OUI

NON

Le créneau horaire vous convient-il ?

OUI

NON

La collaboration entre infirmières et aides-soignantes vous semble t'elle satisfaisante ?  OUI

NON

Les informations concernant les soins donnés sont-elles suffisantes ?

OUI

NON

Le suivi du dossier de soins vous parait-il efficace ?  OUI

NON

## LE PERSONNEL SOIGNANT :

Est-il à votre écoute ?

totalement

suffisamment

pas du tout

Est-il efficace ?

totalement

suffisamment

pas du tout

Est-il de confiance, honnête ?

totalement

suffisamment

pas du tout

Est-il discret ?

totalement

suffisamment

pas du tout

Est-il aimable ?

totalement

suffisamment

pas du tout

Est-il présentable ?

totalement

suffisamment

pas du tout

## LA FAMILLE :

La communication entre la famille et le service est-elle satisfaisante ?

OUI

NON

Avez-vous des commentaires particuliers, si oui lesquels :

.....

...

.....

...

.....

...

**MERCI D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE**