

DROITS ET INFORMATIONS



Etes-vous satisfait(e) par,

Votre information

- sur votre état de santé..... oui non
- sur votre traitement..... oui non
- sur vos soins..... oui non
- sur vos examens..... oui non
- sur les bénéfices et risques..... oui non

Avez-vous été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance ?..... oui non

Avez-vous été informé(e) de la possibilité de confier vos directives anticipées ?..... oui non

INSTANCES

Avez-vous connaissance du Conseil de Vie Sociale (CVS) ?

..... oui non

Connaissez-vous les représentants des familles au CVS ?

..... oui non

Connaissez-vous les représentants des résidents au CVS ?

..... oui non

VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Dans l'ensemble êtes-vous :

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Mécontent
- Très mécontent

Si vous avez des commentaires, des observations, des suggestions à faire, vous pouvez les noter ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PERMANENT EN EHPAD

Où êtes-vous hébergé(e) :

- EHPAD de Chatte
- EHPAD de St Marcellin

Ce questionnaire est rempli par :

- VOUS MEME
- FAMILLE OU ENTOURAGE

Quel âge avez-vous ?

- Moins de 60 ans
- De 60 à 80 ans
- De 80 à 100 ans
- Plus de 100 ans

Vous êtes hébergé(e) depuis :

- Moins d'1 mois
- Moins d'1 an
- Plus d'1 an



ACCES

Etes-vous satisfait(e) par,

- La signalisation de la ville..... oui non
- Le stationnement..... oui non
- La signalétique de l'EHPAD..... oui non

ACCUEIL

Lors de votre entrée, vous a-t-on remis les documents suivants :

- Livret d'accueil du patient/résident..... oui non
- Contrat de séjour..... oui non
- Règlement de fonctionnement..... oui non

Avez-vous été satisfait(e) par,

Les conditions :

- de réalisation de votre dossier d'admission..... oui non
- de votre pré admission..... oui non
- de votre admission..... oui non
- L'aide apportée par le service social..... oui non
- La visite de l'EHPAD..... oui non
- La visite de votre chambre..... oui non
- La rencontre avec le cadre..... oui non
- La rencontre avec le médecin coordonnateur..... oui non
- Le suivi de votre médecin traitant..... oui non

PRESTATIONS



LOCAUX

Etes-vous satisfait(e) par,

L'accessibilité

- des espaces de vie communs..... oui non
- des espaces verts..... oui non
- du centre-ville..... oui non

L'affichage..... oui non

CHAMBRE

Etes-vous dans : un logement double un logement simple

Etes-vous satisfait(e) par,

- La propreté..... oui non
- L'éclairage..... oui non
- La literie..... oui non
- Les commodités (téléphone, télévision)..... oui non
- La température..... oui non

LINGE

Etes-vous satisfait(e) par,

- La propreté..... oui non
- La qualité..... oui non
- La quantité..... oui non
- Les délais de retour du linge..... oui non

Avez-vous déjà subi une perte de linge ?..... oui non



REPAS

Etes-vous satisfait(e) par,

- La qualité..... oui non
- La quantité..... oui non
- La température..... oui non

- Les horaires de service
- petit déjeuner..... oui non
 - déjeuner..... oui non
 - diner..... oui non
- Le temps accordé au repas..... oui non
- La prise en compte des contraintes (régime, allergie...)
..... oui non



BENEVOLES

Avez-vous été informé(e) de la présence d'association de bénévoles au sein de l'EHPAD ?..... oui non

VISITES

Etes-vous satisfait(e) par,

- Les horaires des visites..... oui non
- Les locaux mis à disposition..... oui non

ANIMATIONS

Etes-vous satisfait(e) des animations au niveau :

- des activités proposées..... oui non
- de l'information..... oui non
- de l'organisation..... oui non
- de la fréquence..... oui non
- des jours et horaires..... oui non



INTERVENANTS

Etes-vous satisfait(e) par,

L'information sur l'identité et la fonction des personnes intervenantes auprès de vous..... oui non

Connaissez-vous les différents intervenants présents au sein de l'EHPAD ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coiffeuse | <input type="checkbox"/> Animatrice | <input type="checkbox"/> Assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Lingère |

SOINS

A-t-on défini avec vous un projet d'accompagnement personnalisé ?..... oui non

Etes-vous satisfait(e) par,

- La prise en charge
- du personnel administratif..... oui non
 - du personnel paramédical..... oui non
 - du personnel médico technique..... oui non
 - du personnel médical..... oui non
- La qualité des soins de jour..... oui non
- La qualité des soins de nuit..... oui non
- La continuité des soins..... oui non