



Service de soins infirmiers à domicile  
Madame l'infirmière coordinatrice  
7 rue de Beauregard  
78300 Poissy

# Questionnaire

## de satisfaction du service de soins infirmiers à domicile



Ce questionnaire est pour vous  
et pour nous un moyen privilégié  
d'améliorer la qualité  
de votre prise en charge.

Décembre 2007

*Madame, Mademoiselle, Monsieur,*

*Vous bénéficiez du service de soins infirmiers  
à domicile du Centre hospitalier.*

*Nous aimerions connaître votre appréciation  
sur notre service afin d'améliorer  
la qualité de nos prestations.*

*Nous vous remercions de bien vouloir remplir  
ce questionnaire en cochant la case de votre choix  
pour chaque question et en nous faisant part  
de vos commentaires.*

*L'infirmière coordinatrice*

# Questionnaire de satisfaction

**Date** .....

**Qui êtes-vous ?**

- Le bénéficiaire des soins .....
- Un tiers .....

Les renseignements ci-dessous concernent le **bénéficiaire des soins**

**Votre nom** (facultatif) .....

**Âge** .....

**Sexe**     M     F

**Ce questionnaire vous a été remis :**

- à la fin de votre prise en charge .....
- par le SSIAD .....
- lors de l'évaluation annuelle .....

Très satisfaisant  
Satisfaisant  
Peu satisfaisant  
Insatisfaisant

**Quel est votre niveau de satisfaction sur les prestations des intervenants du SSIAD ?**

- |                       |                       |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L'accueil téléphonique  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Le délai de prise en charge (si votre admission est intervenue cette année) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Le suivi de la prise en charge  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L'efficacité de l'aide reçue  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | La qualité des soins  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | La discrétion du personnel  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | La disponibilité du personnel   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L'écoute et le conseil  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | La qualité de la relationnelle  |

**Quel est votre niveau de satisfaction globale pour les prestations du SSIAD ?**

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Insatisfaisant

**Si vous aviez à nouveau besoin d'aide, feriez-vous appel à notre service ?**

- Oui, absolument
- Oui, je pense
- Non, je ne pense pas
- Non, absolument pas

**Si l'un de vos parents ou amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez-vous notre service ?**

- Oui, absolument
- Oui, je pense
- Non, je ne pense pas
- Non, absolument pas

**Avez-vous des commentaires ou des suggestions ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**L'ensemble du personnel du SSIAD vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire.**



**Vous pouvez :**

- le remettre au personnel soignant du service,
- l'expédier par la poste en l'affranchissant,
- le saisir sur le site Internet du Centre hospitalier.