



ENQUÊTE DE SATISFACTION ANNUELLE SPASAD

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, votre avis nous intéresse vivement. Merci de prendre quelques instants pour nous donner votre opinion sur les conditions de votre prise en charge. Il s'agit du questionnaire annuel de satisfaction des prestations.

La Directrice, Isabelle HENON





Nom et Prénom (facultatif) : Votre âge (facultatif) :

Vous êtes : L'utilisateur/Patient Aidant Autre :

- Service :** SSIAD (Service de soins Infirmiers à Domicile)
 SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile)
 Service HANDEO (Dossiers sensibles)
 SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

L'ACCUEIL

1. Quel est votre avis sur l'accueil au sein de l'UNA des Pays du Calais ?

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
Horaires d'accueil adaptés				
Les personnes qui vous accueillent sont-elles aimables				
Les contacts réguliers avec l'association				
Etes-vous rappelé rapidement quand vous le demandez				
La disponibilité				
La présentation de l'interlocuteur				
Le délai d'attente				
La mise en contact avec le bon interlocuteur				
La réponse adaptée				
La transmission des messages				
L'accessibilité des locaux				
Etes-vous satisfait du service d'astreinte *				

* Le service d'astreinte consiste à permettre une continuité de service 7j/7 24h/24 hors des horaires d'ouvertures de l'établissement

Commentaires :

.....

L'INFORMATION

2. Comment avez-vous connu l'association ?

- Site internet
 Articles de presse sur l'association
 Conseil d'un proche
 Bouche à oreille
 Conseil d'un salarié
 Professionnel de santé
 Autre :.....

3. Pensez-vous avoir été bien informé(e) sur les services proposés Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

4. Pensez-vous avoir été bien informé sur les coûts et les modalités de la prise en charge ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

5. Pensez-vous avoir été bien informé sur la possibilité de consulter notre site internet ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

6. Etes-vous satisfait du livret d'accueil ? Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

7. Etes-vous satisfait du cahier de liaison ? Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

8. Ecrivez-vous sur le cahier de liaison ? Oui Non

Si non pourquoi ?.....

RELATION AVEC LE PERSONNEL





A. RELATION AVEC LES ENCADRANTS

9. Pour les patients du SSIAD, connaissez-vous le nom de l'Infirmière Coordinatrice (responsable des aides-soignants) ?

Pour les usagers du SAAD, quel est votre responsable de secteur référent ?

- Nadia KERVOERN Sandrine DESSEIGNE





10. Concernant l'IDEC et/ ou la responsables de secteur, quel est votre avis sur :

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
Ses Disponibilités				
Ses Conseils				
Ses Réponses apportées				

Commentaires :

B. RELATION AVEC LE PERSONNEL

11. Concernant le personnel intervenant à votre domicile, quel est votre avis sur :

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
La Ponctualité				
L'Amabilité				
La Disponibilité				
La Discrétion (1)				
La Confiance				
La Tenue vestimentaire				
Le Respect des consignes				
La Qualité des soins (Réalisés et prise en compte de la douleur par les aides-soignantes et AMP)				
Le Professionnalisme				

(1) Nous parlons ici de discrétion considérant que l'intervenante ne raconte pas ce qui se passe dans les autres domiciles ou de ses problèmes personnels

Commentaires :

.....
.....

QUALITE DES SERVICES

12. Une évaluation des besoins a-t-elle été réalisée à votre domicile avec le responsable des aides-soignants et /ou la responsable de secteur pour répondre à votre demande d'intervention ? Oui Non





Si oui, il y a : Moins d'un an De 2 à 5 ans Plus de 5 ans

Si non, auriez-vous souhaité la réalisation de cette évaluation des besoins à votre domicile ?
 Oui Non

13. Diriez-vous que cette évaluation des besoins est :
 Indispensable Utile Pas très utile Inutile

14. Avez-vous un suivi régulier de la prestation (téléphonique à Domicile) Oui Non

15. Êtes-vous satisfaits :

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
De la rencontre au domicile avec l'IDEC et/ou la responsable de secteur				
De la fréquence des contacts avec l'IDEC et/ou la responsable de secteur				
Des horaires de passages du personnel				
De l'information lors d'une modifications des interventions				

16. Pensez-vous avoir été bien compris ? Oui Non

17. Recommanderiez-vous l'UNA des Pays du Calais à un proche ? Oui Non

18. Vos remarques et vos suggestions éventuelles d'améliorations :

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir consacré de votre temps pour répondre à cette enquête.

S.P.A.S.A.D. (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile)

530 Boulevard du Parc d'Affaires Eurotunnel 62231 COQUELLES. Tel. 03.21.85.18.:

unaducalais@orange.fr www.unaducalais.com

Agrément d'une association de Service aux personnes 2006-2-62-17 N°Siret : 78398199600037

