



Votre avis nous intéresse...

Référence : S/QGR/EVA/FO/013

Révision : 003

Date d'application : 04/10/2018

En 2017, nous avons lancé une enquête de satisfaction qui a été renseignée. Ses résultats ont été communiqués et sont à votre disposition dans le classeur positionné dans le hall. Pour 2018, afin d'améliorer cette enquête et de manière à ce qu'elle réponde mieux à vos attentes, nous avons associé la psychologue de l'EHPAD ainsi qu'un groupe de résidents pour sa mise en œuvre. Nous souhaitons améliorer la compréhension du questionnaire. Tout en gardant les mêmes items, certaines formulations ont été revues.

Cette enquête vous apparaîtra peut-être plus longue mais c'est uniquement la mise en page qui a été revue de manière à vous en assurer une meilleure lisibilité.

Nous vous remercions par avance de votre participation. Nous attendons votre retour pour le **29 Novembre 2018**. Toutes vos remarques seront les bienvenues. Vous pourrez les faire en dernière partie du document. Vous pourrez également, plus tard dans l'année, faire d'autres remarques sur votre prise en charge à l'aide de la boîte à idées qui se trouve également dans le hall.

La Directrice Référente de l'EHPAD
Madame Isabelle EDOUARD

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR Le résidant La famille, lien de parenté : _____
 Le résidant et un soignant Le résidant et un bénévole Le résidant et sa famille Le résidant et l'animateur

Date :

Site :

EHPAD Georges Dumont

EHPAD 2 (Centre de gérontologie)

Age :

Moins de 60 ans

60-70 ans

70-80 ans

Plus de 80 ans

Vous êtes arrivé(e) dans l'établissement depuis :

Moins de 3 mois

Moins d'un an

Plus d'un an

Votre Chambre

Seule

Double

Nom et prénom

Votre numéro de chambre :

Service ou Unité de vie :

L'ACCUEIL

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Vous avez visité l'EHPAD avant votre admission | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Vous avez pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'EHPAD. | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Vous avez signé un contrat de séjour | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| De manière générale, vous êtes satisfait de votre arrivée à l'EHPAD. | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |

L'INFORMATION

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Vous avez connaissance de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Le livret d'accueil vous a été remis lors de votre entrée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes satisfait des informations transmises (accessibilité et compréhension) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes satisfait de ces informations, de l'aide aux démarches... | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes satisfait du suivi administratif de vos dossiers | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous avez les moyens d'exprimer vos réclamations | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous avez les moyens d'exprimer vos suggestions | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous avez la possibilité de recevoir vos proches lorsque vous le souhaitez | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous avez connaissance d'un coffre pour y déposer votre argent et vos objets de valeur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous avez été invité(e) à participer à votre projet personnalisé | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |
| Vous connaissez vos représentants au Conseil de la Vie Sociale | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais plus <input type="checkbox"/> |

L'ESPACE DE VIE

Votre chambre est :

• Confortable.

Oui Non Ne sais plus

• Propre.

Oui Non Ne sais plus

Vous êtes satisfait de la température :

• De votre chambre

Oui Non Ne sais plus

• Des espaces communs

Oui Non Ne sais plus

Si vous n'êtes pas satisfait de votre espace de vie, précisez le :

Si vous signalez un problème (plomberie, électricité, ...) dans votre chambre, le délai d'intervention est raisonnable

Oui Non Ne sais plus

• Vous êtes satisfait de la propreté du linge

Oui Non Ne sais plus

• Vous êtes satisfait du délai de retour du linge

Oui Non Ne sais plus

• Vous êtes satisfait du changement du linge aussi souvent que vous le souhaitez

Oui Non Ne sais plus

Si vous n'êtes pas satisfait pour le linge, merci de dire pourquoi :

LA PRISE EN CHARGE

Lorsque vous le souhaitez, vous avez la possibilité de rencontrer :

• La direction de l'EHPAD

Oui Non Ne sais pas

• Le médecin

Oui Non Ne sais pas

• Le cadre de santé

Oui Non Ne sais pas

• Le psychologue

Oui Non Ne sais pas

• Le référent soignant

Oui Non Ne sais pas

Lorsque vous le souhaitez, vous avez la possibilité de rencontrer :

Vous êtes satisfait de la prise en charge de votre douleur

Oui Non Ne sais pas

Globalement, vous êtes satisfait des soins que vous recevez

Oui Non Ne sais pas

L'ATTITUDE DU PERSONNEL

- Le personnel respecte votre espace de vie. (Exemple : le personnel frappe à votre porte et attend votre réponse). Oui Non Ne sais pas
- Le personnel est poli, aimable et à l'écoute. Oui Non Ne sais pas
- Le personnel respecte votre intimité et votre dignité. Oui Non Ne sais pas
- Vous êtes satisfait dans les activités de la vie courante (déplacement, toilette, repas, ...). Oui Non Ne sais pas

LA VIE A L'EHPAD

Vous êtes satisfait des panneaux pour vous repérer au sein de l'établissement : Oui Non Ne sais pas

Vous vous sentez en sécurité :

• Le jour Oui Non Ne sais pas

• La nuit Oui Non Ne sais pas

Vous êtes gêné par le bruit :

• Le jour Oui Non Ne sais pas

• La nuit Oui Non Ne sais pas

Vous êtes gêné par les odeurs : Oui Non Ne sais pas

La décoration des espaces communs est agréable : Oui Non Non concerné

Vous pouvez vous déplacer comme vous le voulez Oui Non Non concerné

Vous pouvez faire des achats Oui Non Non concerné

Vous pouvez pratiquer votre culte Oui Non Non concerné

Vous êtes satisfait :

• De l'envoi de votre courrier Oui Non Non concerné

• De la réception de votre courrier Oui Non Non concerné

Vous pouvez facilement contacter vos proches Oui Non Non concerné

Vos proches peuvent facilement vous contacter Oui Non Non concerné

Avez-vous une suggestion :

Vous êtes satisfait de l'extérieur de l'établissement :

- L'accessibilité Oui Non Non concerné
- Le parking (accès, places, ...) Oui Non Non concerné
- Les équipements (bancs, ...) Oui Non Non concerné
- L'aménagement Oui Non Non concerné

L'ANIMATION

Vous êtes satisfait des activités proposées par le service animation :

- Les activités au sein de l'EHPAD Oui Non Non concerné
- Les sorties Oui Non Non concerné
- Les journées à thèmes Oui Non Non concerné
- Les échanges avec les autres structures (enfants et personnes âgées) Oui Non Non concerné

Vous avez connaissance du planning d'animation. Oui Non Non concerné

Vous aimeriez participer à des activités autres que celles proposées par le service animation. Oui Non Non concerné

Si oui, lesquelles :

