

# Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) à Jarny

Questionnaire de satisfaction 2023 à l'attention des usagers

*Dans un souci permanent de satisfaire au mieux vos besoins, le SSIAD vous remercie de bien vouloir lui consacrer quelques instants pour remplir ce questionnaire. Pour permettre au SSIAD de vous apporter des réponses personnalisées, **le questionnaire n'est pas anonyme**. Si toutefois vous souhaitez qu'il le soit, votre choix sera respecté.*

Nom de l'utilisateur : .....

Nom de l'aidant ou de la personne de confiance présent :

.....

Date : .... / .... / ....

## 1. La qualité du service

**Etes-vous d'accord avec ces phrases ?**

1. Le SSIAD a eu un rôle important dans mon maintien à domicile.

Cochez la case qui vous convient

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOS COMMENTAIRES :**

.....  
.....  
.....

2. La fréquence d'intervention du SSIAD répond pleinement à mes attentes.

<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Moyennement d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Sans opinion</b>

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

3. Il existe une bonne coordination entre les différents aides-soignants du SSIAD.

<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Moyennement d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Sans opinion</b>

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

4. Lorsque je fais appel à d'autres intervenants à mon domicile (aide à domicile, infirmier, kinésithérapeute...), je trouve la communication (de mes besoins) efficace avec le SSIAD.

<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Moyennement d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Sans opinion</b>

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

5. Lorsque je fais appel à d'autres intervenants à mon domicile (aide à domicile, infirmier, kinésithérapeute...), je trouve que leurs horaires sont coordonnés avec ceux du SSIAD (par exemple qu'il n'y est pas 2 intervenants en même temps).

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

## 2 La qualité des soins

Etes-vous d'accord avec ces phrases ?

6. Les soins d'hygiène effectués par les aides-soignants du SSIAD sont de qualité.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

7. Les aides-soignants du SSIAD me laissent participer aux soins selon mes capacités.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

8. Les soins cutanés suivis par les aides-soignants du SSIAD sont correctement réalisés.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion	Sans objet

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

9. Les aides-soignants du SSIAD prennent en compte ma douleur.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

10. Les aides-soignants du SSIAD respectent mes habitudes de vie (moment du soin, lieu d'installation...).

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

### 3. Les compétences du personnel

Etes-vous d'accord avec ces phrases ?

11. Les infirmières coordinatrices et les aides-soignants du SSIAD me donnent des conseils adaptés à mon état de santé.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

12. Les aides-soignants du SSIAD sont respectueux de ma vie privée, de mon intimité et de la confidentialité des informations me concernant.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

13. Je suis satisfait(e) de la conduite du personnel soignant du SSIAD à mon égard.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

#### 4. Les questions diverses

14. Avez-vous eu des difficultés à obtenir des informations sur notre service ?

- Oui  Non  Ne sais pas

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

15. Êtes-vous satisfait des moyens d'expression dont vous disposez : le questionnaire de satisfaction, le contact téléphonique ou la visite à domicile de l'infirmière coordinatrice, le contact avec les aides-soignants ?

- Oui  Non  Ne sais pas

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

16. Consultez-vous le cahier de liaison SSIAD de votre domicile ?

Oui

Non

Ne sais pas

VOS COMMENTAIRES :

17. Votre entourage consulte-t-il votre cahier de liaison SSIAD, et l'utilise-t-il pour communiquer avec l'équipe soignante ?

Oui

Non

Ne sais pas

VOS COMMENTAIRES :

Etes-vous d'accord avec ces phrases ?

18. Mes éventuelles doléances ou réclamations sont prises en compte.

Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion	Sans objet

VOS COMMENTAIRES :

19. Est-ce que vos aidants professionnels et familiaux s'occupent de vous avec bienveillance ?

Oui

Non

Ne sais pas

EXEMPLES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20.Souhaitez-vous être informé sur ce qu'est la bientraitance ?

Oui

Non

Ne sais pas

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

21.Connaissez-vous les directives anticipées.

Oui

Non

Si non souhaitez vous avoir de la documentation sur le sujet ?

Oui

Non

**Votre avis, vos remarques et vos suggestions**

*Nous vous remercions de nous donner votre avis sur ce questionnaire.*

*Afin de nous permettre d'améliorer les prestations du SSIAD, vos remarques ou suggestions sont les bienvenues.*

VOS COMMENTAIRES :

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....