

\\\\\\\\\\\\ SATISFACTION GLOBALE

Aujourd'hui, par rapport au 1er jour de votre prise en charge, comment vous sentez-vous ?

- Beaucoup mieux Mieux Pareil (ni mieux ni moins bien) Moins bien Beaucoup plus mal

Quelle est votre opinion globale sur le déroulement de votre accompagnement par le SAD ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Vous pouvez noter ici vos remarques ou vos commentaires

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

***Une fois le questionnaire complété,
veuillez le remettre à l'équipe du SAD***



CH du Gers

Santé mentale

**ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES
PATIENTS, FAMILLES -
Equipe Soins A Domicile (SAD)**

Dans le cadre de notre démarche qualité et afin d'améliorer nos pratiques ainsi que notre organisation, nous souhaitons recueillir votre avis sur la prise en charge que vous avez reçue dans notre service de Soins A Domicile.

Ce questionnaire est anonyme et vos réponses seront traitées avec la plus grande confidentialité. Elles nous permettront d'identifier ce qui fonctionne bien et les points à améliorer pour mieux vous accompagner.

Nous vous remercions par avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire et votre sincérité.

Je souhaite remplir ce questionnaire

- Oui Non

\\\\\\\\\\\\ A PROPOS DE VOUS

Vous êtes :

- Une femme Un homme

Votre âge :

- Moins de 18 ans De 18 ans à 30 ans De 31 ans à 45 ans
 De 46 ans à 60 ans Plus de 60 ans

Vous vivez :

- A votre domicile seul A votre domicile en famille En institution (Foyer de vie, Foyer d'Accueil Médicalisé, AFS, etc...)

Depuis combien de temps êtes-vous suivi(e) par le SAD ?

- Moins de 3 mois De 3 à 6 mois
 De 6 mois à 1 an Plus d'un an

Avez-vous un suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP) par un infirmier ?

Oui Non

Si oui, avez-vous un infirmier référent ?

Oui Non

Avez-vous un suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP) par un médecin ?

Oui Non

\\\\\\\\\\\\ RENDEZ-VOUS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'organisation des rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai du 1er rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ponctualité des rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fréquence des rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre total de rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\\\\\\\\\\\\ PRISE EN CHARGE

Votre consentement a-t-il été respecté tout au long de la prise en charge ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre prise en charge et votre accompagnement par :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
L'équipe soignante du SAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin du SAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le psychologue du SAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'assistante sociale du SAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de la manière dont vos besoins ont été pris en compte ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

\\\\\\\\\\\\ INFORMATIONS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les informations reçues sur :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos droits (personne de confiance...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos liens avec les différents intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre projet de soins personnalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>