

## QUESTIONNAIRE DE SORTIE

### UNITE REPIT

Soucieux d'améliorer en permanence la qualité de nos prestations, nous avons conçu à votre intention et à celle de votre aidant ce questionnaire de satisfaction. Merci de bien vouloir nous faire part de vos remarques.

Vous trouverez à l'entrée du bâtiment d'hébergement ou près de l'accueil, une boîte destinée au retour des questionnaires pour lesquels nous vous assurons la plus stricte confidentialité.

#### L'ACCUEIL à votre arrivée

- |   |  |  |
|---|---|---|
|   | Oui   | Non   |
| 1. Vous êtes satisfaits de l'accueil de :       |   |   |
| - L'agent d'accueil                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| - L'infirmier                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| - Le médecin                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 2. Vous avez trouvé facilement l'unité de soins | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

#### VOTRE INFORMATION

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Vous êtes satisfaits des informations données sur l'organisation de votre séjour           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Votre délai de prise en charge dans notre établissement a été rapide                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous êtes satisfaits des informations données par votre médecin (maladie, traitement, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Les documents proposés vous ont satisfaits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### VOTRE PRISE EN CHARGE

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Vous êtes satisfaits de la qualité des soins dispensés                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous estimez que votre intimité a été respectée                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous estimez que votre douleur a été prise en charge                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous vous êtes senti en confiance   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Le déroulement de votre prise en charge vous a convenu                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous rencontré un intervenant bénévole dans le cadre de votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, êtes-vous satisfaits de l'intervention du bénévole ?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### VOTRE CONFORT

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. Vous êtes satisfaits du confort de votre chambre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous êtes satisfaits de la propreté de votre chambre et de l'établissement en générale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vous êtes satisfaits de la qualité et la diversité des repas                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Vous êtes satisfaits des prestations et services annexes (Coiffeur, blanchisserie, Internet, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Vous êtes satisfaits des espaces extérieurs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### VOTRE APPRECIATION GENERALE

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 18. Pensez-vous avoir été bien pris en charge             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaits de votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Remarques / Proposition d'amélioration du bénéficiaire**

---

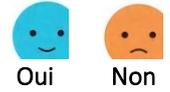


---



---

Nom et prénom (facultatif) \_\_\_\_\_ Date du séjour : \_\_\_\_\_



### L'APPRECIATION DE VOTRE AIDANT

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 20. Vous êtes satisfaits des modalités d'accueil de votre aidé                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Vous estimez que les modalités d'accueil étaient suffisamment adaptées à votre situation      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Vous estimez que vos attentes ont pu être satisfaites lors du séjour de votre aidé            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. L'accueil en Unité Répit de votre aidé a eu un effet bénéfique pour vous                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vous estimez que l'accueil en Unité Répit de votre aidé a eu un effet bénéfique pour lui/elle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaits du séjour dont a bénéficié votre aidé                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Remarques / Proposition d'amélioration de l'aidant

---

---

---

---

---

Nom et prénom (facultatif) \_\_\_\_\_