

**L'ASSAD des Aix d'Angillon intervient pour dispenser des soins et contribuer à votre maintien à domicile.**

**Nous avons élaboré ce questionnaire afin de recueillir votre avis sur la qualité de notre service. Nous vous demandons de bien vouloir renseigner ce document. Les réponses que vous donnerez resteront strictement anonymes.**

**Nous vous remercions par avance pour votre participation.**

	APPRECIATION		
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas satisfaisant
<b>1. ACCUEIL DU SERVICE</b>			
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2- RELATIONS AVEC L'INFIRMIERE COORDINATRICE</b>			
Qualités relationnelles et d'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel mis en place ou conseillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 – ORGANISATION DES SOINS</b>			
Horaires d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre d'interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps consacré à vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination avec les différents intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 – PRISE EN CHARGE PAR L'EQUIPE SOIGNANTE</b>			
Qualités relationnelles, écoute et dialogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité à votre égard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de votre douleur pendant les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre dignité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des règles d'hygiène (tenue, mains...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>APPRECIATION GENERALE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La présence de stagiaires pose-t-elle problème ? :  Oui  Non

Consultez-vous le cahier de liaison ? :  Oui  Non

Avez-vous lu le livret d'accueil ? :  Oui  Non

Comment avez-vous connu l'ASSAD ?  Par le médecin traitant  Par l'hôpital  
 Par l'évaluateur APA  Autres : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps, êtes-vous aidé par l'ASSAD ?  Moins de 3 mois  
 Entre 3 mois et 1 an  
 Plus de 1 an

Questionnaire rempli par :  Usager  Famille  
 Usager et famille  Autres : \_\_\_\_\_

Pour les personnes qui ont rencontré la psychologue du service :

	APPRECIATION		
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas satisfaisant
5 – RELATIONS AVEC LA PSYCHOLOGUE			
Qualités relationnelles et d'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretiens réalisés, suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques et suggestions :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire*