

Evaluation de vos besoins :

Une évaluation de vos besoins à t-elle été réalisée ?

Oui Non

Si oui, elle a été réalisée :

à votre domicile par téléphone dans nos bureaux
 Autre (hôpital, clinique...)

Diriez-vous que cette étude de vos besoins est :

Indispensable	Utile	Pas très utile	Inutile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Respect de l'horaire du rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité, disponibilité, courtoisie, écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été bien compris ?

Oui Non

Avez-vous un commentaire à faire ?

Nom & Prénom :

..... (Facultatif)

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire.



Services aux personnes à domicile - NF311
Délivrée par AFNOR Certification - www.marque-nf.com



notre village
13, rue Bargue - 75015 PARIS
Tél. : 01 53 58 33 50
Fax : 01 53 58 33 58
www.notrevillage.fr

ENQUETE DE SATISFACTION 1^{er} Contact

Madame, Monsieur

L'association "Notre Village" s'est engagée dans la démarche qualité. Dans ce cadre, elle veille à une amélioration continue de la qualité de ses prestations.

Ce questionnaire qui fait suite à notre première visite à votre domicile vise à mieux connaître vos attentes.

C'est pour cela que votre avis nous intéresse !

Ce questionnaire peut être anonyme ou nominatif, il doit être rempli par la personne concernée ou à défaut son conjoint, un membre de sa famille ou son représentant légal.

Nous vous remercions de consacrer un court moment à le remplir et d'accepter de nous le retourner par le biais de votre intervenant à domicile ou par envoi postal.

Veuillez agréer Madame, Monsieur, l'assurance de nos sentiments dévoués

Christian BERLIE
Directeur Général

Questionnaire rempli par :

- Personne aidée et/ou soignée
- Conjoint
- Famille
- Autres (précisez)

Comment nous avez-vous connu ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mairie | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Hôpital |
| <input type="checkbox"/> Infirmier libéral | <input type="checkbox"/> Famille |
| <input type="checkbox"/> Voisins | <input type="checkbox"/> Commerçants |
| <input type="checkbox"/> Annuaire | <input type="checkbox"/> France Domicile |
| <input type="checkbox"/> Point Paris Emeraude | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Bureau d'aide sociale | <input type="checkbox"/> Autres..... |

Avez-vous trouvé facilement nos locaux ?

- Oui Non

Votre avis sur notre accueil ?

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Horaires d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité, disponibilité, courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise en contact avec l'interlocuteur pertinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la réponse apportée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mettez une croix dans la case correspondant à votre choix. Si vous ne vous sentez pas concerné par une question, n'y répondez pas.

Tout questionnaire mal rempli ou raturé ne sera pas pris en compte

Vous a-t-on fait une présentation générale de notre offre de service ?

- Oui Non

Si oui, comment jugez-vous cette présentation pour chacun des services suivants :

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Ménage, repassage "Notre Village SAD"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la personne fragilisée "Notre Village MAD"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins Infirmiers à Domicile "Notre Village SIAD"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolage (Plomberie, électricité, vitres) "Notre Village AIDA"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux Seniors "Notre Village AAD"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous que cette présentation générale pour guider votre choix est :

Indispensable	Utile	Pas très utile	Inutile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant le (s) service (s) que vous avez choisi (s), pensez-vous avoir été bien informé ?

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Sur les avantages et inconvénients de ces différents services ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les modalités de prise en charge financière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les coûts qui vous reviennent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le rôle et la mission des intervenants (aide à domicile, auxiliaire de vie, aide-soignant, infirmier, agent à domicile, homme toute main) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le rôle et la mission de votre référent au sein de notre association ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis notre livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'avez-vous lu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement			