

Si vous estimez qu'elle est peu ou pas compétente, indiquez ce qu'elle doit améliorer :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ménage | <input type="checkbox"/> Courses |
| <input type="checkbox"/> Repassage | <input type="checkbox"/> Vitres |
| <input type="checkbox"/> Manque d'expérience | <input type="checkbox"/> Préparation des repas |
| <input type="checkbox"/> Manque d'initiatives | <input type="checkbox"/> Manque de dynamisme |
| <input type="checkbox"/> Manque d'organisation | |

IV. Coordination entre les différents intervenants à votre domicile

Y a-t-il plusieurs intervenants de "Notre Village" ou autres (kiné, infirmière libérale...) à votre domicile ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Aide aux séniors | "Notre Village AAD" | <input type="checkbox"/> |
| Aide à la personne fragilisée | "Notre Village MAD" | <input type="checkbox"/> |
| Soins Infirmiers à Domicile | "Notre Village SIAD" | <input type="checkbox"/> |
| Autres | | <input type="checkbox"/> |

Pensez-vous que leur travail est bien coordonné ?

- Oui Non

Un cahier de liaison a-t-il été mis en place ?

- Oui Non Pas concerné

V Satisfaction globale

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
D'une façon générale, que pensez-vous de "Notre Village" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous "Notre Village SAD" à une personne de votre entourage ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, certainement | <input type="checkbox"/> Oui, probablement |
| <input type="checkbox"/> Non, probablement pas | <input type="checkbox"/> Non, certainement pas |

En conclusion :

Si des améliorations devaient être apportées, quelles seraient-elles?

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



S.A.D.
AIDE FAMILIALE
13, rue Bargue - 75015 PARIS
Tél. : 01 53 86 86 55
Fax : 01 53 58 33 58
www.notrevillage.fr

ENQUETE DE SATISFACTION

"Notre Village SAD" procède à une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble des personnes aidées

Il est important, pour nous, de mesurer votre satisfaction vis-à-vis de l'aide apportée, avec l'objectif d'améliorer la qualité du service rendu de façon continue.

De plus, vos critiques, vos propositions, nous aident à mieux répondre à vos besoins et à les faire remonter si nécessaire, auprès des organismes institutionnels et financeurs.

Ce questionnaire peut être anonyme. Il est à remplir en priorité par la personne aidée, et éventuellement par son conjoint sa famille ou son représentant légal. En cas de difficulté pour remplir le questionnaire, une personne de l'association peut se déplacer pour vous aider.

Il ne doit en aucun cas être rempli par l'intervenant à domicile.

Les questionnaires seront analysés dans le respect de l'anonymat et feront l'objet d'un traitement informatique conforme à la Loi informatique et liberté du 6 janvier 1978.
Les résultats seront ensuite diffusés.

D'avance nous vous remercions de consacrer un peu de temps pour remplir ce questionnaire et nous l'adresser **sous pli cacheté** avant le 30 avril 2010, soit par l'intermédiaire de votre intervenant à domicile, soit par envoi postal.

Paris, le 15 Février 2010

Christian Berlie
Directeur Général

Questionnaire rempli par :

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

I. Accueil et information : Lorsque vous appelez " Notre Village "

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait de l'accueil téléphonique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les renseignements que vous obtenez sont-ils précis et fiables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous laissez un message vous rappelle t-on ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la disponibilité de votre référent au sein de l'association ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauriez-vous citer son nom ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Disposez-vous de son numéro de ligne directe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

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

II. Prise en charge et suivi de votre dossier

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait du suivi de votre dossier administratif par votre référent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires d'intervention vous conviennent-ils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre d'heures d'intervention par semaine vous convient-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-vous prévenu(e) suffisamment tôt en cas d'absence de votre intervenant à domicile ? (maladie, congé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, vous propose-t-on un remplacement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Au cours des 12 derniers mois avez-vous fait une réclamation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, a-t-elle été traitée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

III. Prestations à domicile : Quelle appréciation portez-vous sur votre intervenant à domicile

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Est-elle ponctuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respecte-t-elle la durée d'intervention prévue (2h, 3h...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-elle aimable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-elle correctement les produits ménagers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa tenue de travail est-elle correcte (gants, blouse, badge...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous confiance en votre intervenante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tient-elle compte de vos désirs et de vos consignes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait-elle les courses en tenant compte de vos souhaits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa présence a-t-elle un effet sécurisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de son travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>