

1. Lieu de résidence

RFS 1 RFS 2 RFS 345 RFS 67 RFS 8 RFS 9 RFS 10 RLL RCS 1 RCS 3

RYTHME ET CADRE DE VIE *Que pensez-vous ?*

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
2. Du confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De l'entretien de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De l'entretien des parties communes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De l'entretien du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De la prestation repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De l'heure des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De l'heure de votre lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De l'heure de votre coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Propositions ou remarques

PRISE EN SOINS *Que pensez-vous ?*

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
11. De l'aide dans les actes de la vie quotidienne (toilette / habillage, repas, déplacement / transfert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Des soins d'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Des soins techniques (médicament, pansement, prévention escarres, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Du caractère personnalisé et adapté de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De l'identification du référent soignant et de son accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Propositions ou remarques formulées

DROITS ET LIBERTES *Que pensez-vous ?*

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
18. Des informations reçues sur votre état de santé et vos soins (médicament, consultation/rdv, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Des informations reçues sur la vie du service (animations, repas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Du maintien des liens familiaux et sociaux (condition d'accueil des visites, participation des familles aux activités de la vie quotidienne, aux animations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De la préservation de l'autonomie (liberté de circuler, de disposer des biens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. De la prise en compte de vos avis ou de vos remarques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Du respect de votre dignité (considération, égards, politesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Du respect de votre intégrité et intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Propositions ou remarques formulées

ANIMATION *Que pensez-vous ?*

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
26. De la façon dont vos journées sont occupées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. De la quantité des animations proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. De la qualité des animations proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Propositions ou remarques formulées

30. Quelle est votre satisfaction globale? (note de 1 à 10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

