



QUESTIONNAIRE DE SATISFATION SAAD 2016

Votre nom (facultatif) :

1- Que pensez-vous du fonctionnement du service ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Passable	Médiocre
Lors de la demande				
Accueil dans le service :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil téléphonique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- La visite de la responsable de secteur a-t-elle été effectuée ?

Oui Non

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Passable	Médiocre
Lors de la demande				
Modalités de remplacement de votre aide à domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Passable	Médiocre
Votre aide à domicile				
Ponctualité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Initiatives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dévouement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Votre sentiment général sur le fonctionnement du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3- Le service effectué par l'aide à domicile répond-il à vos besoins ?

- Oui, tout à fait
- Non pas tout à fait
- Non pas du tout
- Si non, pourquoi ?
-

4- Avez-vous effectué des réclamations auprès du service ?

- Oui Non

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Passable	Médiocre
Si oui, la réponse donnée a-t-elle été pour vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- Bénéficiez-vous d'une autre prestation de maintien à domicile ?

- Oui Non

- Si oui, laquelle :
- Repas à domicile Soins à domicile
- Petit travaux (jardin, bricolage..) Téléassistance



6- Etes-vous intéressé par des journées de rencontres intergénérationnelles que le service pourrait organiser ? (à l'image de celle du 28 septembre 2016)

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Une fois par mois Une fois tous les trimestres

Une fois par an

7- Seriez-vous intéressé par une rencontre annuelle pour faire le bilan sur le service avec les élus et le personnel administratif ?

Oui Non

8- Réclamations et observations éventuelles :

.....
.....
.....
.....

A Retourner : au Secad de Belle Isle en Terre ou à votre aide à domicile
Pour le 31 décembre 2016