

# Evaluation de la satisfaction patient / famille

Votre satisfaction encourage les professionnels de santé infirmiers et leur permet d'améliorer leurs pratiques.

Nous nous engageons à mesurer votre niveau de satisfaction de nos interventions régulièrement (ou à la fin de vos soins) afin de trouver des axes d'amélioration de votre prise en charge.

## Patient

Nom : Prénom Date de naissance :

Fait le :

| Thème                                                                                         | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Pas satisfait | Veuillez préciser, SVP, les raisons des « Peu » ou « Pas » satisfait » |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|
| Etes-vous satisfait du délai de réponse à vos demandes de soins infirmiers ?                  |                |           |               |               |                                                                        |
| Etes-vous satisfait des explications données avant, pendant et après vos soins ?              |                |           |               |               |                                                                        |
| Etes-vous satisfait de la gestion de la continuité des soins et des horaires d'intervention ? |                |           |               |               |                                                                        |
| Etes-vous satisfait de la coordination entre votre médecin traitant et votre infirmier(e) ?   |                |           |               |               |                                                                        |
| Vous sentez-vous en confiance ?                                                               |                |           |               |               |                                                                        |
| Etes-vous satisfait du suivi réalisé par l'infirmier(e) ?                                     |                |           |               |               |                                                                        |
| Etes-vous satisfait des actes réalisés par l'infirmier(e) ?                                   |                |           |               |               |                                                                        |
| Autres éléments : à préciser                                                                  |                |           |               |               |                                                                        |

Globalement, quel est votre niveau de satisfaction des prestations réalisées par votre infirmier(e) libéral(e)?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|