

## Questionnaire de satisfaction pour l'utilisateur et ses proches Oasis de Paix

Madame, Monsieur,

La **qualité** des soins et des services que nous offrons étant **importante**, nous vous invitons à donner votre opinion en remplissant ce questionnaire de satisfaction. Le questionnaire est anonyme et les informations seront traitées de façon confidentielle.

**Merci** de votre collaboration!

Une fois rempli, veuillez SVP déposer le formulaire dans l'une des boîtes prévues à cet effet dans les unités de soins.

Date : \_\_\_\_\_

Unité : 2A ➤ 3A ➤

ACCUEIL		OUI	NON	
1) J'ai été bien accueilli(e) à mon arrivée.				
2) J'ai reçu l'aide nécessaire pour m'installer à mon arrivée.				
INFORMATION / COMMUNICATION	Toujours	En général	Parfois	Jamais
3) Le personnel tient compte de l'évolution de mon état de santé.				
4) La communication avec le personnel est claire et me permet de bien comprendre.				
5) Je sens que les informations à mon sujet sont traitées de façon confidentielle.				
SOINS ET TRAITEMENTS	Toujours	En général	Parfois	Jamais
6) Je participe autant que je le veux <u>aux décisions</u> qui me concernent.				
7) Je participe <u>à mes soins</u> autant que je le souhaite.				
8) Mon intimité est respectée lors des soins et des traitements.				
9) Je reçois de l'aide dans un délai raisonnable lorsque j'utilise la cloche d'appel.				
10) Ma douleur est bien contrôlée et je suis confortable.				
11) Je reçois rapidement <u>la médication</u> dont j'ai besoin.				
12) Je reçois <u>des soins</u> qui répondent à mes besoins.				

