

Nous vous remercions de nous retourner ce questionnaire qui nous aidera à mieux répondre à vos attentes.

AP-SQ-13 Ind D
Statut : Bpa

Nom Prénom : (facultatif) Date : /

Âge : ans (L'indication de votre âge nous permettra d'adapter au mieux nos services à vos besoins.)

1 Quels sont les services pour lesquels vous avez fait appel à Adhap ?

Aides aux actes essentiels de la vie

- Aide à l'hygiène Aide à la prise de repas
 Lever/coucher Garde de jour de nuit

Aides aux tâches ménagères, loisirs

- Promenade/compagnie Travaux ménagers
 Préparation de repas Aide aux courses

2 Vous avez contacté Adhap pour ? Vous-même Un parent Un(e) ami(e)

3 Comment avez-vous connu Adhap ?

- Médecin Pharmacien Infirmier(ère) Assistante sociale Ami(s)
 Internet Publicité, presse Annuaire Autre (précisez) :

4 Avez-vous trouvé facilement ?
> Les coordonnées d'Adhap ? Oui Non
> Les bureaux d'Adhap ? Oui Non

5 Êtes-vous satisfait(e) du respect des engagements suivants ?

	Très	Plutôt	Peu	Pas du tout	Je ne sais pas
La qualité de l'accueil téléphonique du centre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'amabilité et la courtoisie des personnes qui vous ont reçu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La disponibilité des personnes qui vous ont renseigné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en relation avec un interlocuteur compétent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les horaires et jours d'ouverture du centre Adhap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La documentation qui vous a été donnée sur les services Adhap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur les modalités d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur les modes de financements possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur le coût des prestations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur le rôle des intervenants à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur le rôle du responsable du centre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notre réactivité pour vous proposer une évaluation de vos besoins à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notre réactivité pour la mise en place des prestations à votre domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 Une étude précise de vos besoins a-t-elle été réalisée à votre domicile ? Oui Non

Si **non**, auriez-vous souhaité cette évaluation pour une meilleure réponse à vos besoins ? Oui Non

Si **oui**, pensez-vous ? > Avoir été écouté(e) ? Oui Non

> Avoir été compris(e) ? Oui Non

Suite à l'étude de vos besoins, avez-vous eu une réponse positive à votre demande dans les 24h* ? Oui Non

* ou, selon vos souhaits, dans un délai supérieur

7 Conseilleriez-vous Adhap à une personne de votre entourage ? Oui Non

Notez ci-dessous vos remarques et suggestions concernant l'accueil et la prise en charge d'Adhap :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire et nous nous engageons à prendre en compte vos réponses.

La Direction de votre centre Adhap