

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUALITÉ HÔTELIÈRE EN EHPAD

**Madame, Monsieur,**  
**Aidez-nous à améliorer votre quotidien en remplissant ce questionnaire**  
(mettez une croix dans la case de votre choix)

## VOUS ÊTES ?

- ☐ Femme  
☐ Homme

## VOTRE ÂGE ?

- ☐ Moins de 75 ans  
☐ Plus de 75 ans

## VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE ?

- ☐ Pinède  
☐ UHR / secteur protégé  
☐ Percalines  
☐ Calicots  
☐ Simone de Beauvoir

## DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?

- ☐ Moins d'un an  
☐ Entre 1 et 3 ans  
☐ Plus de 3 ans





Date : .....

## QUI COMPLÈTE CE QUESTIONNAIRE ?

- ☐ Vous ☐ Vous, aidé d'un tiers ☐ Un de vos proches



**Je choisis  
Je mets une croix**

	 Très satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	 Sans opinion
<b>VOTRE CHAMBRE</b>				
Son confort				
Ses équipements et installations				
Sa dimension				
Sa température en été				
Sa température en hiver				
Sa propreté				
Son ambiance sonore				
Vous sentez-vous bien dans votre chambre ?				

☐ OUI ☐ NON

Je choisis  
Je mets une croix



Très  
satisfaisant



Peu  
satisfaisant



Pas satisfaisant  
du tout



Sans  
opinion

## LES ESPACES COLLECTIFS (Salle à manger, salon...)

Leur propreté et leur confort

Leur ambiance

Vous repérez-vous facilement dans les locaux ?

☐ OUI ☐ NON

## LES ESPACES EXTÉRIEURS (Jardins, terrasses...)

Profitez-vous des extérieurs ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, sont-ils adaptés et bien aménagés ?

☐ OUI ☐ NON

Si NON, pourquoi ? (Expliquez)

## LES REPAS

Avez-vous un régime particulier ?

☐ OUI ☐ NON

Avez-vous besoin d'une aide pour prendre votre repas ?

☐ OUI ☐ NON

Prise en compte de vos habitudes alimentaires

Variété des menus

Temps octroyé pour le repas

Ambiance du repas

Présentation de la table et des assiettes





Horaires de repas

Saveur des plats

Température des plats


Quantités proposées

Propreté de la table et de la vaisselle

	 <b>Très satisfaisant</b>	 <b>Peu satisfaisant</b>	 <b>Pas satisfaisant du tout</b>	 <b>Sans opinion</b>
<b>LE LINGE</b>				
<b>Propreté du linge fourni</b> <i>(drap, couverture, oreiller, serviette de toilette, gant, serviette de table...)</i>				
<b>Quantité de linge mis à disposition</b>				
<b>Votre linge personnel est-il entretenu par la résidence ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<b>Si OUI,</b>				
<b>Propreté</b>				
<b>Odeur</b>				
<b>Repassage - Pliage</b>				
<b>Delai de retour</b>				
<b>Vous est-il arrivé de récupérer du linge abîmé ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<b>Vous est-il arrivé de ne pas récupérer vos vêtements ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

**EN RÉSUMÉ, CONCERNANT LES LOCAUX, LES REPAS, LE LINGE...**

**CE QUE VOUS TROUVEZ TRÈS BIEN :**



**CE QUE VOUS NE VOULEZ PLUS :**



**VOUS AVEZ DES IDÉES ?**

Direction des Soins, de la Qualité et de la Gestion des Risques  
dsqgr@ch-beziers.fr

Centre Hospitalier de Béziers  
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers  
Tél. standard : 04 67 35 70 35  
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr



suivez-nous sur :

