

**FORMULAIRE****RECLAMATION – SATISFACTION****Support à destination des Résidents, des Familles et Proches**

Réf : QGR/QAC/FORM

Version : 1

Page 1 sur 2

Identité du déclarant (Facultatif)

Nom :

Prénom :

Contexte**Personnes concernées**

- Bénévole
 Famille / Visiteur
 Résident / Usager
 Autre

Date et heure

Le

à

Identité de la personne concernée (Facultatif)

Nom :

Prénom :

⊗ Réclamations sur la Prestation de Soins Inadaptation du matériel au résident Insatisfaction des soins dispensés / Défaut / absence de soin ou traitement Intervention tardive secours / Médecin Litige avec prestataire extérieur Litige avec prestataire extérieur Non prise en charge de la douleur Non-respect d'un RDV médical ou paramédical Pas de réponse rapide à l'appel malade**⊗ Réclamations sur le Projet d'Accompagnement personnalisé** Défaut de vigilance / Objectifs non respectés Hygiène corporelle Hygiène vestimentaire Défaut de bienveillance Non-respect des droits Mécontentement sur activités animation / Défaut / Absence d'activités**⊗ Réclamations suite à une incivilité** Comportement inapproprié vis-à-vis d'un Résident / Agression / Verbale / Physique Conflit / Résident & Personnel Conflit / Résident & Visiteur Dégradation Secret professionnel / Médical Sentiment de harcèlement Vol / Disparition**⊗ Réclamations sur le Fonctionnement** Manque de personnel Défaillance technique



FORMULAIRE

RECLAMATION – SATISFACTION

Support à destination des Résidents, des Familles et Proches

Réf : QGR/QAC/FORM

Version : 1

Page 2 sur 2

☹ Réclamations sur l'Hôtellerie et la Logistique

<input type="checkbox"/> Restauration / Repas / Textures / Régimes	<input type="checkbox"/> Restauration / Repas / Qualité / Quantité	<input type="checkbox"/> Propreté / Hygiène des locaux
<input type="checkbox"/> Linge abîmé/ Linge perdu	<input type="checkbox"/> Linge retour tardif du prestataire	<input type="checkbox"/> Installations techniques / Environnement chambre / Autres locaux

☹ Réclamations sur la Prestation Administrative

<input type="checkbox"/> Qualité de l'accueil physique ou téléphonique	<input type="checkbox"/> Manque/absence de clarté des informations	<input type="checkbox"/> Litige sur la facturation
<input type="checkbox"/> Problème administratif		

☺ Satisfactions

<input type="checkbox"/> Soins et prise en charge	<input type="checkbox"/> Alimentation / Repas	<input type="checkbox"/> Propreté / Hygiène des locaux
<input type="checkbox"/> Animation/ Vie sociale	<input type="checkbox"/> Accueil / Admission	<input type="checkbox"/> Ensemble des prestations de l'EHPAD

Description des Faits

--

Conséquences

--

Signature du déclarant (Facultatif) :

--

Date :

--