

SONDAGE AUPRÈS DES CLIENTS –
SOINS DE LONGUE DURÉE ET SOINS ACTIFS

ÉTABLISSEMENT : _____

DATE : _____

NOM DU(DE LA) CLIENT(E) (optionnel) : _____

Veillez cocher la case qui convient (« Oui », « Non » ou « Sans objet »).

| Critères | | Oui | Non | Sans objet | Commentaires |
|-------------------------------------|---|-----|-----|------------|--------------|
| QUALITÉ DES REPAS | | | | | |
| 1) | Les repas sont-ils savoureux? | | | | |
| 2) | Les repas sont-ils servis à la bonne température? | | | | |
| 3) | Les portions sont-elles suffisantes? | | | | |
| 4) | Les plats sont-ils présentés de manière attrayante? | | | | |
| 5) | Le menu est-il suffisamment varié? | | | | |
| 6) | Vous offre-t-on des choix? | | | | |
| 7) | La nourriture répond-t-elle à vos besoins nutritionnels? | | | | |
| SERVICE | | | | | |
| 1) | Les personnes qui servent vos repas sont-elles agréables et chaleureuses? | | | | |
| 2) | Les repas sont-ils servis dans un délai convenable? | | | | |
| 3) | Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont on traite vos commentaires et vos préoccupations concernant le service des repas? | | | | |
| ENVIRONNEMENT/SALLE À MANGER | | | | | |
| 1) | La température de la salle à manger est-elle confortable? | | | | |
| 2) | La salle à manger est-elle bien éclairée? | | | | |
| 3) | Le niveau de bruit est-il acceptable? | | | | |
| 4) | L'espace destiné aux repas est-il adéquat? | | | | |
| 5) | Votre table est-elle propre et nette? | | | | |
| 6) | La vaisselle est-elle en bon état? | | | | |
| AUTRES | | | | | |
| 1) | Vous aide-t-on pour les repas si vous en avez besoin? | | | | |
| 2) | Vous donne-t-on suffisamment de temps pour terminer vos repas? | | | | |
| 3) | Aimez-vous manger en compagnie de vos voisins de table? | | | | |

Merci d'avoir répondu au sondage. Vos commentaires nous sont très utiles.