**Questionnaire sur nos prestations   
de soins et de conseils pour le traitement de plaies**

1. **Données personnelles**

Nom : …………………………………………………………………… (facultatif)

Je suis en traitement depuis : ………………………………………..

Fréquence des séances de traitement : □ 3 fois par semaine

□ 2 fois par semaine

□ plusieurs fois par semaine

□ autre : …………………..

Pour les questions suivantes, nous vous prions de cocher votre degré de satisfaction :

☺ = très satisfait-e

😐 = satisfait-e

☹ = non satisfait-e

1. **Organisation et information**

Comment avez-vous vécu le premier contact ? ☺ 😐 ☹

Comment avez-vous vécu la première intervention ? ☺ 😐 ☹

Avez-vous reçu des informations suffisantes de notre part ? ☺ 😐 ☹

Remarques : ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

1. **Soins de plaies**

Avec-vous été soigné-e avec professionnalisme   
et compétence ? ☺ 😐 ☹

Avez-vous eu confiance en nous et en notre travail ? ☺ 😐 ☹

Avons-nous respecté et pris en compte   
votre personnalité ? ☺ 😐 ☹

Remarques : ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….…..

1. **En général**

Comment évaluez-vous votre qualité de vie pendant   
la durée de la prise en charge et des soins ? ☺ 😐 ☹

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….…………………..

Lieu, date ……………………………………………………

Merci d’avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.