



NOM/PRÉNOM INTERV :	
N/P BÉNÉFICIAIRE :	
RÉFÉRENT QUALITÉ:	
DATE :	

## ÉVALUATION DE LA PRESTATION

S = Satisfaisant  
 AS = Assez satisfaisant  
 NS = Non satisfaisant  
 NC : Non Concerné

Evaluation sur rendez-vous

Evaluation inopinée

CRITERES	S	AS	NS	NC	Observations
<b>Contact - Présentation - Assiduité</b>					
Respect des horaires/ponctualité					
Contact avec le patient					
Tenue Vestimentaire					
<b>Déontologie / Respect de la confidentialité</b>					
Respect des habitudes du bénéficiaire					
Respect de la durée de l'intervention					
Respect de la confidentialité (société, pb perso ...)					
Bienveillance					
<b>Hygiène sur le lieu du travail</b>					
Port de la Blouse					
Port du badge					
Port du masque					
Chaussures propres					
Utilisation des gants / Lavage de main					
<b>Poste de travail</b>					
<b>Soins de la personne</b>					
Technique de la toilette					
Soins de bouche Lavage Dentier					
Douche / Shampooing					
Technique du transfert manuel					
Utilisation du matériel médical					
Bas de Contention					
Change / protections					
Prévention des escarres					
Confort de la personne					
<b>Accompagnement aux actes de la vie quotidienne</b>					
Entretien du logement					
Entretien Appareils électroménagers					
Attention aux toiles d'araignées					
Respect des meubles / matériels					
Utilisation des produits					
Entretien du linge					
Repassage					
Accompagnement / Courses					
Contrôle des dates de péremption					
Équilibre du menu des repas					
Surveillance de la prise des médicaments					

