



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
Contact - Présentation - Assiduité					
Respect des horaires/ponctualité					
Contact avec le patient					
Tenue Vestimentaire					
Déontologie / Respect de la confidentialité					
Respect des habitudes du bénéficiaire					
Respect de la durée de l'intervention					
Respect de la confidentialité (société, pb perso ...)					
Bienveillance					
Hygiène sur le lieu du travail					
Port de la Blouse					
Port du badge					
Port du masque					
Chaussures propres					
Utilisation des gants / Lavage de main					
Poste de travail					
Soins de la personne					
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					
Accompagnement aux actes de la vie quotidienne					
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					

CRITERES	S	AS	NS	NC	Observations
Cahier de liaison					
Cahier de liaison rempli et détaillé					
Fiche d'intervention à jour					
Administratif					
Fonctionnement de la société					
Esprit d'équipe pluridisciplinaire					
Transmission avec le bureau					
Avis de l'AVS					
Commentaires, observations, idées d'amélioration					
Avis du bénéficiaire					
Accueil Téléphonique					
Clarté des documents					
Prise en compte des Réclamations					
Prestation de la titulaire					
Prestation des remplaçantes					
Votre avis sur le fonctionnement de l'entreprise Idées d'amélioration					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
Satisfaction de notre prestation					

COMPTE-RENDU DE LA VISITE
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Référent Qualité	Intervenant(e)	Bénéficiaire	Coordinatrice