

# BILAN SOUS 1 MOIS

Service concerné :     SAAD             SSIAD             PORTAGE DE REPAS             TRANSPORT ACCOMPAGNE

Bilan réalisé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

1 – Comment avez-vous connu notre organisme ?

.....

.....

.....

.....

.....

2 – Est-ce que l'intervention correspond à vos besoins ?     OUI                             NON

Sinon, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

3 – Quels sont vos besoins non-satisfaits ?

.....

.....

.....

.....

.....

4 – Rappel du cadre d'intervention nécessaire ?                             OUI                             NON

5 – Est-ce que le travail est bien fait ? :                             OUI                             NON

Sinon, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

6 - Est-ce que la relation avec le(s) intervenant(es) se passe bien pour vous ?                             OUI                             NON

Sinon, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

7 - Pensez-vous que le service est bien organisé ?                             OUI                             NON

Sinon, pourquoi ?

.....

.....

.....