

## Questionnaire de satisfaction - prestation de restauration

Service : \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps dans le service : \_\_\_\_\_

N° de lit : \_\_\_\_\_ Age du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Etes-vous soumis à un régime alimentaire particulier?  Oui  Non

Si oui, le régime prescrit est-il toujours respecté ?  Oui  Non

Commentaire éventuel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Le déjeuner / Le diner

<i>Veillez indiquer votre satisfaction sur:</i>	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
Le goût des entrées				
Le goût des desserts				
Le goût du plat principal				
Les sauces d'accompagnement				
La température des plats chauds				
Les quantités servies				
L'équilibre du menu				
La présentation des plats				
La présentation des plateaux				
La propreté de la vaisselle				

### De façon générale

<i>Veillez indiquer votre satisfaction globale sur:</i>	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
Le petit-déjeuner				
Le déjeuner				
Le diner				
<b>La restauration en général</b>				

<i>Quelle est votre satisfaction sur:</i>	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
Le respect des horaires des repas				
La présentation du personnel de service				
L'amabilité du personnel de service				
La disponibilité du personnel de service				

REMARQUES / SUGGESTIONS .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....