

Questionnaire à l'intention des bénéficiaires d'Acoumpagna

I. IDENTITE

1. Date de l'entretien

Jour	Mois	2015	
------	------	------	---

2. Nom du professionnel qui transmet le questionnaire :

3. Téléphone du professionnel :

4. Prénom et initiale du nom du bénéficiaire

5. Domiciliation principale (ville)

II. CONNAISSANCE DU BENEFICIAIRE ET DU PROFESSIONNEL

6. Age du bénéficiaire

(Une seule réponse possible)

- Moins de 20 ans
- Entre 21 et 65 ans
- Entre 65 et 80 ans
- Plus de 80 ans

7. Genre du bénéficiaire

(Une seule réponse possible)

- Féminin
- Masculin

8. Mission du (de la) professionnel(le) auprès du bénéficiaire

(Professionnel qui remplit le questionnaire - plusieurs réponses possibles)

- entretien de la maison
- préparation des repas
- aide aux repas

- courses
- toilette
- lever et/ou coucher
- compagnie
- stimulations (psycho-affective, psychomotrice, cognitive)
- maintien du lien social (sorties, activités, etc.)
- Autre :

9. Nombre de salari(e)s hors Acoumpagna en emploi direct

10. Nombre de salari(e)s en organisme agréé

11. Y a-t-il un aidant?

(Une seule réponse possible)

- oui, c'est un membre de la famille
- oui, ce n'est pas un membre de la famille
- non

12. Le bénéficiaire est-il l'employeur?

(Une seule réponse possible)

- oui
- non

13. Si non, l'employeur est :

(Une seule réponse possible)

- l'aidant
- la tutelle
- la curatelle
- un autre membre de la famille
- Autre :

III. ACCESSIBILITE AUX ATELIERS

14. Vous vous déplacez en intérieur :

(ne rien cocher si autonomie complète - plusieurs réponses possibles)

- avec une canne
- avec un déambulateur
- avec un fauteuil manuel
- avec un fauteuil électrique
- avec l'aide du professionnel
- Autre :

15. Vous vous déplacez en extérieur :

(ne rien cocher si autonomie complète - plusieurs réponses possibles)

- avec une canne
- avec un déambulateur
- avec un fauteuil manuel
- avec un fauteuil électrique
- avec l'aide du professionnel
- Autre : _____

16. Rencontrez-vous des difficultés dans la vie courante pour :

(plusieurs réponses possibles)

	beaucoup	un peu	pas du tout
parler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se concentrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se souvenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV. MISE EN PLACE D'ATELIERS

17. Quelles étaient vos activités préférées par le passé ?

18. Quelles sont vos activités préférées aujourd'hui ?

19. Quelles seraient vos activités préférées dans le futur ?

20. Etes-vous intéressé(e) de participer à :

- (1) Atelier "stimulation corporelle" (ex : gym douce, détente, etc.)
- (2) Atelier "stimulation intellectuelle" (ex : mémoire, sens, écriture, etc.)
- (3) Atelier créatif (ex : tricot, modelage, peinture, etc.)
- (4) Atelier loisirs (ex : jeux de société, jeux collectifs, etc.)
- (5) Atelier cuisine
- (6) Atelier jardinage
- (7) Atelier "causeries" (ex : veillée, débat, rencontre, etc.)
- (8) Sortie nature (ex : balade, pique nique, etc.)
- (9) Sortie culturelle (ex : musée, théâtre, etc.)
- (10) Sortie loisirs (ex : thé dansant, karaoké, etc.)
- Autre :

21. Aimeriez-vous qu'un ou des ateliers se réalisent chez vous? Si oui lesquels?

22. Y a-t-il une personne de votre entourage qui pourrait et/ou aimerait vous accompagner à un atelier?

(ex : famille, voisin, ami(e), etc.)

23. Accepteriez-vous que votre salarié(e) vous accompagne à un atelier?

(payé sur son temps de travail - une seule réponse possible)

- oui
- non

24. Quelle serait votre disponibilité pour un atelier :

	Matin	Après-midi	Soir	Je ne sais pas quel moment de la journée
Lundi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mardi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mercredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeudi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vendredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne sais pas quel jour de la semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. A quelle fréquence aimeriez-vous participer à un atelier?

(une seule réponse possible)

- 1 x par mois
- 1 x par trimestre
- Autre :

26. Commentaires

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)