



Date :

Référents Smile :

Institution :

Service/site :

Unité de vie/secteur :

Rubriques / questions		?C	?S	Remarques :
<p><i>En rouge : les 15 questions-clefs du RAQ = ?C</i> ?S = questions sélectionnées pour l'enquête</p>				
1. Mon sommeil pendant la nuit				
1.1	Aspect général de ma chambre			
1.2	Isolation de la chambre contre le bruit	X		
1.3	Literie			
1.4	Disponibilité du matériel à mes besoins			
1.5	Disponibilité du matériel pour m'aider à m'endormir			
1.6	Horaire du coucher et du lever en semaine	X		
1.7	Horaire du coucher et du lever les WE et congés			
1.8	Horaire du coucher et du lever les « jours de fête »			
2. Je dors en chambre commune				
2.1	Prise en compte de mon avis d'être en chambre commune			
2.2	Prise en compte de mon avis pour le choix de mon partenaire de chambre			
2.3	Respect de l'intimité des personnes qui partagent la chambre avec moi			
2.4	Consignes pour favoriser le repos de chacun si je dors en chambre commune	X		
3. Je fais parfois la sieste				
3.1	Le lieu où je fais mes siestes	X		
3.2	Le matériel pour mes siestes			
3.3	Ambiance pendant mes siestes			
3.4	Horaires de mes siestes en semaines			
3.5	Durée de mes siestes en semaine			
3.6	Horaires de mes siestes les weekends et congés			
3.7	Durée de mes siestes les weekends et congés			
3.8	Possibilité de me reposer exceptionnellement en dehors des heures de siestes habituelles			
3.9	Possibilité de me reposer seul dans une pièce			
3.10	Consignes pour favoriser le repos si la sieste se fait dans un lieu commun			
4. Mon confort, ma sécurité mon intimité durant les siestes et pendant la nuit				
4.1	Position			
4.2	Température de la pièce			
4.3	Mon confort durant les siestes et les nuits	X		
4.4	Ma sécurité			
4.5	Respect des consignes pour ma santé			
4.6	Hygiène générale			
4.7	Mon image de moi			
4.8	Mon intimité			
4.9	Rituels lors du coucher			
4.10	Rituels lors du lever			
4.11	Médicaments à prendre au moment du coucher			

4.12	Mesure de contention et d'isolement pendant la nuit et les siestes	X		
5. J'ai des troubles du sommeil : cauchemars, insomnies, somnambulisme				
5.1	Respect des consignes en cas de troubles du sommeil	X		
5.2	Délais d'attente pour l'application des consignes			
6. En cas d'incontinence				
6.1	Matériel d'incontinence			
6.2	Respects des consignes en cas d'incontinence			
6.3	Délais d'attente pour l'application des consignes en cas d'incontinence	X		
7. Mon information				
7.1	Information sur le repos			
7.2	Informations sur les heures de sieste et de coucher	X		
8. L'ouverture vers l'extérieur				
8.1	Possibilité d'inviter quelqu'un à dormir avec moi			
8.2	Possibilité de passer la nuit à l'extérieur	X		
9. Les personnes qui m'aident				
9.1	Je le connais			
9.2	Les personnes qui m'aident sont bienveillantes	X		
9.3	Sont rassurantes			
9.4	Sont disponibles pour m'aider			
9.5	Sont à l'écoute de mes besoins			
9.6	Les personnes qui m'aident sont en nombre suffisant	X		
9.7	Respectent mon intimité			
9.8	Respectent le secret professionnel			
9.9	Respectent les consignes et sont attentives aux risques			
9.10	Favorisent mon autonomie			
9.11	Collaborent avec les autres professionnels et ma famille			
10. Questions qui ne concernent que moi (ou mon service)				
11. Mes besoins sont expliqués dans un document				
11.1	Un document qui explique mes besoins me semble nécessaire	X		
11.2	Ce document existe	X		
11.3	J'ai une copie de ce document			
11.4	Je sais à qui ce document est donné			
11.5	Je suis d'accord que ce document soit donné à ces personnes			
11.6	Ce document me semble complet			
11.7	Ce document a été fait avec moi			
11.8	Ce document a été fait avec des professionnels			
11.9	Ce document a été fait avec ma famille			
11.10	Ce document est revu au moins une fois par an			
11.11	Ce rythme de révision me convient			
11.12	Ce document est revu avec moi			
11.13	Ce document est revu avec les professionnels			
11.14	Ce document est revu avec ma famille			
11.15	Ce document est appliqué	X		