

Etant acteur de votre santé, votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous pouvons offrir dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Les résultats de ce questionnaire sont analysés par la Commission des Usagers (CDU)

D'avance, nous vous remercions du temps accordé pour répondre à cette enquête de satisfaction.

EN PREPARATION DE VOTRE ADMISSION qu'avez-vous pensé de	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
L'entretien avec l'infirmier de l'HAD pour préparer votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La rapidité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur le fonctionnement de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE INFORMATION / VOS DROITS	OUI 	NON 
Avez-vous reçu le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu les consignes pour un appel en urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on sollicité votre accord pour votre prise en charge en HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on demandé de nommer une personne de confiance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURANT VOTRE SEJOUR qu'avez-vous pensé de	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
L'information sur le déroulement des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de vos attentes et besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre organisation personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre vie privée (respect des habitudes, de votre intimité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte des attentes de votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La discrétion des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination des intervenants à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information en cas d'imprévu horaire pour les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil téléphonique en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil téléphonique la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation et l'écoute avec les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation et l'écoute avec le médecin de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'action de l'assistante sociale de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'action du psychologue de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'action de la sophrologue de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'action du kinésithérapeute de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRESTATIONS LOGISTIQUES qu'avez-vous pensé de	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
L'installation en temps et heure à domicile du matériel d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'état et l'entretien du matériel d'hospitalisation fourni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des relations avec le fournisseur de matériel d'hospitalisation (information sur le passage, contact, disponibilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le retrait du matériel d'hospitalisation à la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le rangement des médicaments et des produits de soins au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des relations avec le livreur de l'HAD pour la livraison des produits (information sur le passage, contact, respect des rendez-vous...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La collecte des déchets médicaux (organisation, matériel à disposition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des relations avec le livreur pour la collecte des déchets médicaux (information sur le passage, contact, respect des rendez-vous...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation des transports avec une ambulance ou un VSL en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATIONS AVEC NOS PARTENAIRES qu'avez-vous pensé des soins et prestations	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
De votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'équipe d'infirmiers libéraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du kinésithérapeute libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre impression générale sur votre prise en charge par la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce maintien à domicile a-t-il été bénéfique et en quoi?

.....

.....

.....

.....

Commentaires, observations, suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

(Vous pouvez nous préciser vos coordonnées pour mieux répondre à vos commentaires ou vous contacter en cas de besoin)

Personne remplissant le questionnaire : Le patient Membre de la famille L'entourage

Nom et prénom (facultatif) : Signature :

Date : ____/____/____

Merci de nous préciser votre commune de résidence :