

L'amélioration de la qualité de la prise en charge de nos patients est une de nos principales préoccupations. Etant acteur de votre santé, votre opinion est précieuse pour faire progresser les services et prestations que nous pouvons offrir. N'hésitez pas à nous dire en toute sincérité ce que vous avez apprécié, ce que vous auriez souhaité changer, ce qui vous a déplu.

Merci de nous le remettre lors du passage d'un professionnel HAD ou de nous le retourner par courrier*. Les résultats de ce questionnaire seront analysés de façon anonyme par la structure et présentés en commission des usagers.

D'avance, nous vous remercions du temps accordé.



Préparation de votre admission



Qu'avez-vous pensé de l'entretien avec l'infirmier coordonnateur de l'HAD pour préparer votre admission ?

Les informations relatives au fonctionnement de l'HAD ont-elles été ?

1/ Complètes..... OU Insuffisantes

2/ Claires OU Difficilement compréhensibles

Les informations transmises sur la mise en place de l'hospitalisation à domicile ont-elles été ?

1/ Complètes..... OU Insuffisantes

2/ Claires OU Difficilement compréhensibles



Vos droits et informations

Avez-vous reçu le livret d'accueil ?

OUI

NON

Avez-vous reçu le guide de votre séjour en HAD ?

A-t-on sollicité votre accord pour votre prise en charge en HAD ?



Contact

Avez-vous téléphoné au service ?

Le jour

Le soir et la nuit

Le week-end

Si oui, êtes-vous satisfait(e) :

Du délai de réponse du service HAD

De l'amabilité des personnes qui répondent à vos appels

De la facilité à joindre la personne demandée

De la réponse apportée

Souhaitez-vous nous apporter quelques précisions ?



Votre prise en charge et vos soins

Que pensez-vous :



De l'information transmise sur le déroulement des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins réalisés au cours de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité et de l'écoute du personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la discrétion et de la confidentialité des équipes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de vos habitudes de vie et de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'amabilité des équipes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non concerné (e)			
De la coordination des différents intervenants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'intervention de l'assistante sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non concerné (e)			
De l'intervention de la psychologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non concerné (e)			
De l'organisation de votre sortie d'HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Le matériel et les médicaments à domicile

Que pensez-vous :

Du délai d'installation du mobilier médical. Est-il suffisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'état et de l'entretien de ce mobilier médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rangement des médicaments au domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'approvisionnement en médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rangement du petit matériel au domicile (pansements...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'approvisionnement en petit matériel à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation des transports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non concerné			
Du retrait du petit matériel / des médicaments à la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du retrait du mobilier médical d'hospitalisation à la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Votre appréciation générale

Quelle note générale attribueriez-vous au service d'HAD du Ponant?



Quels sont d'après vous les avantages d'une HAD ? Ce service a-t-il répondu à vos besoins ?

.....

Remarques et suggestions :

.....



Votre identité

Date :

Vous êtes : Patient Entourage

Nom, prénom, coordonnées (facultatif) :