

Questionnaire de satisfaction en fin de prise en charge

Votre avis nous intéresse !

Grâce au recueil de satisfaction, nous tentons à chaque instant d'améliorer la qualité des prestations fournies par l'Hospitalisation A Domicile.

Les résultats des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de satisfaction, sont analysés dans le cadre de la Commission des Usagers (CDU).

A - L'admission

Comment évaluez-vous ?





- Les informations données lors de la visite de pré-admission
- Le délai de votre prise en charge effective
- Le contenu du livret d'accueil
- L'installation du matériel d'hospitalisation à votre domicile

			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - La prise en charge

Comment évaluez-vous ?

- L'accueil téléphonique du service d'Hospitalisation A Domicile
- Les horaires de passage des différents intervenants à votre domicile
- La coordination entre les différents intervenants
- Les informations médicales que vous avez reçues sur votre état de santé
- Les explications fournies sur votre traitement et vos soins
- Les consignes données sur le l'usage du matériel mis à votre disposition
- Les relations avec l'équipe soignante (disponibilité, discrétion, courtoisie, écoute, attention, etc.)
- Les relations et la participation des intervenants
(précisez lesquels :)
- La gestion des déchets médicaux liés à l'activité d'hospitalisation à domicile
- L'organisation des consultations spécialisées (respect des dates, transport, coordination avec votre médecin traitant)
- La prise en charge de votre douleur
- La prise en compte globale de vos attentes et besoins
- Le respect de votre vie privée, de votre intimité et de vos habitudes de vie
- La discrétion des professionnels par rapport aux informations vous concernant

			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C – La fin de votre séjour

Comment évaluez-vous ?

La préparation de la fin de prise en charge ou de votre transfert



Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par le service d'HAD ?

Entourez le chiffre qui correspond à votre évaluation.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous l'Hospitalisation A Domicile à votre entourage ?

Oui

Non

Commentaires et suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom et Prénom (facultatif)

Homme Femme

Age : 0-18 ans 18-50ans 50-70ans + de 70 ans

Antenne de référence : Tours Amboise Chinon Loches Orléans
 Briare Pithiviers Chartres Dreux

Prise en charge du : au

Le livret d'accueil vous a été présenté :

Lors de la visite de pré-admission Lors de votre admission Au cours de votre prise en charge

Votre consentement pour les soins réalisés a-t-il été recueilli par écrit (Cf. Loi du 04 Mars 2002) :

Oui Non

Questionnaire complété par : Le patient L'entourage Le représentant légal

Ce questionnaire est à remettre aux professionnels de l'HAD qui interviennent dans le cadre de votre prise en charge ou à retourner à l'aide de l'enveloppe fournie à :

**Monsieur le Directeur du Pôle Sanitaire et Médico-Social
ASSAD – HAD
25 Rue Michel Colombe
BP 72974
37029 Tours Cedex 1**

Nous vous remercions de votre participation.