



HUMENSIA

Avec vous, préservons l'essentiel

QUESTIONNAIRE DE RESSENTI

Fin de prise en charge HAD Pédiatrique



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).

L'ADMISSION

Comment évaluez-vous ?

- | • Les informations données lors de la visite de pré-admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| • Le délai de votre prise en charge effective | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vous a-t-on présenté le livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON |
| • Avez-vous reçu une information concernant le rôle et les missions des représentants des usagers (RU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON |
| • Avez-vous pris connaissance du livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON |

LA PRISE EN CHARGE

Comment évaluez-vous ?

- | • La disponibilité de l'équipe de puéricultrices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'accueil téléphonique du service d'Hospitalisation A Domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les horaires de passage des différents intervenants à votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La coordination entre les différents intervenants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les informations médicales que vous avez reçues sur l'état de santé de votre enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les explications fournies sur les traitements et les soins de votre enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les relations avec l'équipe soignante
(disponibilité, discrétion, courtoisie, écoute, attention, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les relations et la participation des intervenants
(précisez lesquels :) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La gestion des déchets médicaux liés à l'activité d'hospitalisation à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- L'organisation des consultations spécialisées (respect des dates, transport, coordination avec votre médecin traitant)
- La prise en charge de la douleur de votre enfant
- La prise en compte globale des attentes et des besoins de votre enfant
- Le respect de la vie privée, de l'intimité et des habitudes de vie de votre enfant
- La discrétion des professionnels par rapport aux informations concernant votre enfant

LA FIN DE SÉJOUR

Comment évaluez-vous



- La préparation de la fin de prise en charge ou de votre transfert ?
- Les conseils donnés par l'équipe pédiatrique ?

Si l'on vous proposait une nouvelle prise en charge en HAD pour votre enfant, y seriez-vous favorable ?

NON OUI

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

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 ? NON OUI

En tant que parent, êtes-vous satisfait de la prise en charge à domicile ? NON OUI

Commentaires et suggestions :

.....

.....

.....

.....

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE...

Nom et Prénom

(facultatif)

Homme Femme

Age de votre enfant : 0-3ans 3-10ans 10-15ans + de 15ans

Antenne référence : 28 37 45

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

Merci pour votre participation !

Ce questionnaire est à remettre aux professionnels de l'HAD ou à retourner à :

HUMENSIA

Monsieur le Directeur Général Adjoint

25 Rue Michel Colombe - BP 72974

37029 Tours Cedex 1