

QUESTIONNAIRE DE RESSENTI

Fin de prise en charge HAD post natal



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 par la sage-femme lors de la visite de pré-admission | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Le délai de votre prise en charge effective | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Vous a-t-on présenté le livret d'accueil ? | ☐ | ☐ OUI | | ☐ NON |
| • Avez-vous reçu une information concernant : | | | | |
| - La personne de confiance | ☐ | ☐ OUI | | ☐ NON |
| - Le rôle et les missions des représentants des usagers (RU) | ☐ | ☐ OUI | | ☐ NON |
| • Avez-vous pris connaissance du livret d'accueil ? | ☐ | ☐ OUI | | ☐ NON |

LA PRISE EN CHARGE

Comment évaluez-vous ?

- | |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| • L'accueil téléphonique du service d'Hospitalisation A Domicile | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Les horaires de passage des sages-femmes 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 relations avec les sages-femmes
(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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

LA FIN DE SÉJOUR

Comment évaluez-vous



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

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ OUI ☐ NON

Qui vous a proposé la mise en place de l'HAD pour le suivi post natal ?

☐ L'hôpital ☐ Un de vos professionnels de santé libéraux (sage-femme, médecin traitant) ☐ Autre

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par le service post natal ?

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 :

.....

.....

.....

.....

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE...

Nom et Prénom

(facultatif)

Age : ☐ < 18 ans ☐ 18-30ans ☐ 30-45ans ☐ + de 45ans

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