



HUMENSIA

Avec vous, préservons l'essentiel

QUESTIONNAIRE DE RESSENTI Fin de prise en charge en HAD Réadaptation



Votre avis nous intéresse ! Vous avez récemment été pris en charge en HAD Réadaptation (HAD-R) et nous souhaitons recueillir votre avis sur la qualité de nos services.

Votre retour est essentiel pour nous permettre d'améliorer nos prises en charge et de mieux répondre à vos besoins. Nous vous remercions par avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Pour chaque question, nous vous invitons à cocher le rond situé sous la note correspondant à votre niveau de satisfaction, sur une échelle de 0 à 5.

VOTRE SÉJOUR

1. Avez-vous été satisfait de la prise en charge par l'équipe d'HAD Réadaptation ?



2. Avez-vous été informé de la durée de votre prise en charge en HAD Réadaptation ?



3. A-t-on respecté les horaires de passage en fonction de vos contraintes ou de vos rendez-vous ?



4. Avez-vous été satisfait de l'organisation de votre prise en charge (ex : planification des séances, coordination entre les intervenants) ?



5. Vous êtes-vous senti écouté par les différents professionnels (ergothérapeute, kinésithérapeute, enseignant en APA, équipe soignante) ?



6. Comment évaluez-vous la prise en compte de vos attentes et besoins ?



7. Comment évaluez-vous la qualité des soins de rééducation reçus ?



8. Avez-vous été satisfait de la prise en charge de votre douleur ?



9. Le respect de votre vie privée et de votre intimité a-t-il été assuré ?



LA FIN DE SÉJOUR

Si vous deviez à nouveau être hospitalisé(e) pour la même raison, préféreriez-vous revenir en HAD à votre domicile ou bien en établissement conventionnel (SMR,...) ?

HAD Etablissement conventionnel (SMR)

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous....

Beaucoup mieux Mieux Pareil, ni mieux, ni moins bien Beaucoup plus mal

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée ? Diriez-vous qu'elle était....

Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

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

Entourez le chiffre qui correspond à votre évaluation.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous ce service à votre entourage ? OUI NON

Est-ce que votre entourage a été satisfait de votre prise en charge à domicile ? OUI NON

Commentaires et suggestions :

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

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE...

Nom et Prénom

(facultatif)

Homme Femme

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

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