

VOTRE ACCOUCHEMENT

*Vous venez d'accoucher pour la première fois ? Oui Non

(Si non) *Vous avez été suivie en HAD pour la première fois ? Oui Non

*Accouchement : Par voie basse Par césarienne

*Date d'accouchement (note interne : permettra identifier bébé(s) = date de naissance) : ... / ... /

*Vous venez de donner naissance à : Un bébé Deux bébés ou plus

*Après l'accouchement, vous êtes sortie de l'hôpital : Avec votre(vos) bébé(s) Sans votre(vos) bébé(s)

AUTRES QUESTIONS

*Avez-vous reçu le Livret d'accueil de l'HAD ? Oui Non Ne sais pas

(Si oui) *L'avez-vous consulté ? Oui Non

*Avez-vous été informée de la conduite à tenir en cas d'urgence ? Oui Non Ne sais pas

Rappel HAD joignable 24h/24 - 7j/7 : 02 97 210 727

*Avez-vous d'autres remarques ou suggestions ? Oui Non

Si oui : afficher une zone de texte libre... et la question suivante « souhaitez-vous... »

*Souhaitez-vous une réponse de la part de l'HAD ? Oui Non

Si oui, les libellés/questions suivants :

Afin de vous répondre dans les meilleurs délais, veuillez nous indiquer vos coordonnées :

*NOM usuel : ...

*NOM de naissance : ...

*Prénom : ...

*Date de naissance : ... / ... /

*Adresse postale : ...

N° de téléphone (facultatif) : ...

E-mail (facultatif) : _____ @ _____ (note interne : bien que nous devons avoir identifié et tracé une adresse mail à l'entrée de la maman, elle pourrait souhaiter échanger avec l'HAD via une autre adresse)

Merci pour vos réponses et votre contribution à l'amélioration de la qualité de notre service d'hospitalisation à domicile.