


VOTRE AVIS COMPTE !

 Si vous avez déjà complété ce questionnaire à la fin de votre séjour en HAD, vous ne devez pas y répondre.

Améliorer votre prise en charge et **mieux répondre** à vos attentes, tels sont les objectifs de ce questionnaire anonyme, simple et rapide à compléter (**une croix dans la case correspondant à votre appréciation**). Il vous permet aussi de nous transmettre toutes vos remarques et suggestions.

• **Personne remplissant le questionnaire :** Patient Conjoint/Famille/Proche Autre :

Le patient





- **Vous êtes :** Une femme Un homme
- **Votre catégorie d'âge :** Moins de 18 ans 18-39 ans 40-59 ans 60-75 ans Plus de 75 ans
- **Vous vivez :** Seul(e) En couple, accompagné(e)
- **Vous êtes entré(e) en HAD :** (mois et année) : 20.....
- **Durée de votre séjour en HAD :** 1-7 jours 8-15 jours 16-30 jours 1-3 mois Plus de 3 mois

Avez-vous reçu le livret d'accueil ? Oui Non Si oui, l'avez-vous consulté ? Oui Non

Avez-vous été informé(e) des démarches à suivre en cas d'urgence ? Oui Non





ETES-VOUS SATISFAIT(E) ?

Veuillez utiliser la notation suivante :

			
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait





ADMISSION

Votre satisfaction en lien avec :

				
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai de prise en charge en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées avant votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contenu du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





SOINS

Votre satisfaction en lien avec :

				
Les informations concernant les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'efficacité des traitements et des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité durant les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le matériel mis à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





EQUIPE SOIGNANTE

Votre satisfaction en lien avec :

				
L'écoute du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le professionnalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANISATION

Votre satisfaction en lien avec :

				
L'organisation de vos soins (horaires de passage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les consignes et explications qui vous ont été données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les délais d'attente lorsque vous avez eu besoin d'un transport sanitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Voir suite au dos

VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE :

	Oui	Non
Vous êtes-vous senti(e) en sécurité ?		
Feriez-vous confiance à l'HAD si l'un de vos proches le nécessitait ?		

Vos remarques et commentaires :

Ce qui vous a plu (3 points) :

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

Ce qui vous a déplu (3 points) :

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

Expression libre :

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

Si vous souhaitez une réponse de l'HAD, merci d'inscrire vos coordonnées ci-dessous, afin que nous puissions vous contacter :

Prénom NOM :

Adresse :

Téléphone :