

Améliorer votre prise en charge et mieux répondre à vos attentes, tels sont les objectifs de ce questionnaire. Si vous en êtes d'accord, nous vous invitons à partager votre vécu. Sachez qu'il n'y a pas d'obligation à répondre à l'ensemble des questions.

## LE PATIENT

**Sexe :**  Féminin  Masculin

**Catégorie d'âge :**  Moins de 18 ans  18-39 ans  40-59 ans  60-75 ans  Plus de 75 ans

**Vit :**  Seul(e)  En couple, accompagné(e)

**Entrée 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

**Qui répond au questionnaire :**  Le patient  Une personne de son entourage

## VOTRE EXPERIENCE

**Avez-vous reçu le livret d'accueil « Mon passeport HAD » ?**  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

|   |  |  |  |  | Non Concerné |
|---|--|---|---|---|--------------|
|   | Très satisfait   | Satisfait   | Peu satisfait   | Pas du tout satisfait   |              |
| Accompagnement par l'équipe de l'HAD                      |  |   |   |   |              |
| Ecoute et prise en compte de l'aidant qui vous accompagne |  |   |   |   |              |

**Quelles étaient vos attentes au début de la prise en charge HAD ?**

---

---

---

**La prise en charge en HAD a-t-elle répondu à vos attentes ?**  Oui  Non  Sans avis

**Si non, pourquoi ?**

---

---

---



Suite au verso

**A-t-on été attentif à votre fatigue au cours de la prise en charge ?**

Oui     Non     Sans avis

**Si non, pourquoi ?**

---

---

---

**Estimez-vous notre intervention utile dans votre parcours de soins ?**

Oui     Non     Sans avis

**Si non, pourquoi ?**

---

---

---

**Estimez-vous avoir reçu les informations nécessaires et suffisantes lors de l'arrêt de la prise en charge en HAD ?**

Oui     Non     Sans avis

**Si non, pourquoi ?**

---

---

---

**De manière générale, quelle note donneriez-vous sur la qualité de votre séjour à l'HAD sur 10 ?**



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Commentaires et/ou propositions d'amélioration :</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**En cas d'insatisfaction ou questionnement, si vous souhaitez une réponse de l'HAD, merci d'inscrire vos coordonnées ci-dessous, afin que nous puissions vous contacter :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

***Merci pour vos réponses et votre contribution à notre démarche continue d'amélioration de la qualité***