

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

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Pas du tout satisfait	Non Concerné
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 ?  
Si non, pourquoi ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Sans avis

---

---

---

---

Estimez-vous notre intervention utile dans votre parcours de soins ?  
Si non, pourquoi ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Sans avis

---

---

---

---

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



Commentaires et/ou propositions d'amélioration :

---

---

---

---

---

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*