

Alençon – La Ferté-Macé/Domfront

Madame, Monsieur,

Vous ou l'un de vos proches avez été hospitalisé dans le cadre de l'HAD. Nous aimerions recueillir votre avis sur la qualité de cette prise en charge.

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer un peu de temps pour compléter ce questionnaire et nous le retourner ensuite à l'adresse suivante : **HAD – 63 bis, rue d'Alençon – 61250 CONDE SUR SARTHE.**

Votre participation nous permettra ainsi d'améliorer la qualité de notre service.

- La durée de votre séjour - 10 jours 10-30 jours + 30 jours
- Votre âge - 30 ans 30-50 ans 50-70 ans + 70 ans
- Questionnaire complété par le patient l'entourage

Nom et prénom (**facultatif**) :

Veuillez utiliser la notation suivante

TS = Très satisfait **S = Satisfait** **PS = Peu satisfait** **NS = Non satisfait** **NC = Non Concerné**

ADMISSION – ACCUEIL

- Avez-vous trouvé dans le livret d'accueil, les réponses à vos questions ? OUI NON
- Si non, quelles sont les informations manquantes ?
-
-

Comment évaluez-vous ?

- | | TS | S | PS | NS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • l'accueil par les infirmières coordinatrices de l'HAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • la présentation de la structure d'HAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • les informations sur le déroulement de la prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • les informations sur le rôle de chaque intervenant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • les informations données pour le bon suivi du traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

ORGANISATION ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

Comment évaluez-vous ?

- | | TS | S | PS | NS | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'accueil téléphonique du service | <input type="checkbox"/> |
| • La coordination entre l'équipe de l'HAD et les professionnels du domicile | <input type="checkbox"/> |
| • Les réponses apportées pendant les astreintes (nuit et week-end) | <input type="checkbox"/> |
| • La fréquence des passages des différents intervenants à votre domicile (aide-soignant, infirmier, kinésithérapeute, médecin traitant) | <input type="checkbox"/> |
| • L'intervention de notre service social | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

LES SOINS

Comment évaluez-vous ?

- | | TS | S | PS | NS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Les soins proposés par l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les explications données concernant les soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comment évaluez-vous ?

TS S PS NS NC

Tournez SVP ↵

- l'évaluation de la douleur
- le soulagement de douleur

Commentaires :

LA LOGISTIQUE

- Comment évaluez-vous ?**
- | | TS | S | PS | NS | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • La mise à disposition du matériel (adapté, en temps voulu) | <input type="checkbox"/> |
| • Le transport sanitaire (respect des horaires, sécurité, hygiène) | <input type="checkbox"/> |
| • La mise à disposition de votre traitement (livraison, disponibilité) | <input type="checkbox"/> |
| • La collecte des déchets de soins (mise en place et enlèvement des cartons jaunes) | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

DROITS DES PATIENTS

- Comment évaluez-vous ?**
- | | TS | S | PS | NS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'information sur l'accès à votre classeur de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • votre implication dans les décisions concernant vos soins et votre traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le respect de votre vie privée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le respect de votre intimité et de la dignité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

- Comment évaluez-vous ?**
- | | TS | S | PS | NS | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'organisation de la fin de prise en charge (délai, mise en place de relai) | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

LE POINT DE VUE DE L'ENTOURAGE

- Comment évaluez-vous ?**
- | | TS | S | PS | NS | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'information donnée sur le rôle de l'entourage | <input type="checkbox"/> |
| • Votre intégration par l'équipe | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

VOTRE PERCEPTION GENERALE DU SERVICE

Quelles sont d'après-vous les qualités de notre prise en charge ?

.....

Quels sont les points à améliorer de notre prise en charge ?

.....

Votre appréciation générale TS S PS NS

Merci de votre participation