

Votre avis est précieux pour améliorer la qualité des prestations dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile. Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Une enveloppe timbrée est jointe, pour vous permettre de nous le retourner.

Personne qui remplit le questionnaire : Le patient L'entourage Le représentant légal

Type de prise en charge : Soins Généraux-Pédiatrie Obstétrique Rééducation

Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Non concerné
				

PRÉADMISSION ET ACCUEIL :

Premier contact avec l'équipe de l'HAD 35 :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information sur l'organisation de la prise en charge :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identification du rôle de chaque professionnel :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La remise du livret d'accueil :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le délai de prise en charge :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE :

Qualité des soins dispensés :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Écoute et soutien de l'équipe :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanence téléphonique 24h/24 :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaboration entre l'HAD 35 et les autres professionnels intervenant au domicile :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervention du service social :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervention des psychologues :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations reçues sur les horaires de passage :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect des horaires de passage :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

Évaluation et prise en compte de la douleur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délai de prise en charge de la douleur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DROITS DU PATIENT :

Respect de la vie privée et de l'intimité à domicile :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect de la confidentialité (secret professionnel) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmission d'informations concernant la surveillance médicale, les soins et les traitements :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations adaptées, suffisantes et compréhensibles sur la maladie, la grossesse :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	NON concerné
				

GESTION DE LA LOGISTIQUE ET DES CONSOMMABLES :

Matériel approprié à vos besoins :	○	○	○	○	○
Matériel disponible en temps voulu :	○	○	○	○	○
Qualité de la collecte des déchets de soins :	○	○	○	○	○

FIN DU SÉJOUR :

Préparation de la sortie, mise en place de relais éventuels :	○	○	○	○	○
Récupération du matériel :	○	○	○	○	○
Récupération des déchets médicaux :	○	○	○	○	○

APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Sur une échelle de 0 à 10



VOS REMARQUES ET COMMENTAIRES : _____

SI VOUS SOUHAITEZ UNE RÉPONSE PERSONNALISÉE, MERCI DE NOUS INDIQUER VOS COORDONNÉES:

Nom Prénom _____

Adresse _____

☎ fixe : _____ ☎ portable : _____ E-mail : _____