

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION,

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !

Vous, où l'un de vos proches avez été pris en charge à domicile, **votre opinion nous est précieuse pour améliorer la qualité de nos soins et accompagnement.**

Les quelques minutes que vous nous accordez pour répondre à ce questionnaire, nous permettront, **en lien avec la Commission Des Usagers (CDU)**, d'apporter des améliorations à nos organisations et prises en charge des patients.

LORS DE LA PREPARATION DU RETOUR A DOMICILE	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Qu'avez-vous pensé ...	😊😊	😊	😊	😢	
Des informations données sur notre fonctionnement	<input type="checkbox"/>				
De l'organisation de votre retour à domicile avec l'HAD	<input type="checkbox"/>				
De l'état et l'entretien du matériel fourni	<input type="checkbox"/>				

AU RETOUR A DOMICILE	OUI	NON
	😊	😢
Vous a-t-on remis notre livret d'accueil et expliqué le contenu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on expliqué comment nous joindre en cas d'urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé de l'existence d'une Commission Des Usagers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on présenté le formulaire de signalement d'un évènement indésirable (FEI) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURANT LE SEJOUR	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Etes-vous satisfait de :	😊😊	😊	😊	😢	
L'information donnée sur le déroulement des soins	<input type="checkbox"/>				
La prise en compte de vos attentes et besoins (respect des habitudes, de votre intimité)	<input type="checkbox"/>				
La prise en compte des attentes de votre entourage	<input type="checkbox"/>				
La disponibilité et l'écoute des personnels	<input type="checkbox"/>				
L'accueil téléphonique de l'HAD	<input type="checkbox"/>				
L'accueil téléphonique en astreinte (nuit et week-end)	<input type="checkbox"/>				
La prise en charge des infirmier(es)	<input type="checkbox"/>				
La prise en charge des aides-soignants(es)	<input type="checkbox"/>				
L'intervention de l'assistante sociale de l'HAD (si vous en avez bénéficié)	<input type="checkbox"/>				
L'intervention d'un psychologue (si vous en avez bénéficié)	<input type="checkbox"/>				
La coordination médicale dont vous avez bénéficiée	<input type="checkbox"/>				
L'organisation de vos rdv extérieurs (consultations, hospitalisations, transport)	<input type="checkbox"/>				
L'information sur votre traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>				
L'organisation du rangement de vos médicaments	<input type="checkbox"/>				
La mise en place du traitement contre la douleur	<input type="checkbox"/>				
L'organisation de l'enlèvement des déchets médicaux	<input type="checkbox"/>				
La place qu'occupe la bientraitance dans nos prises en charge (écoute, gestes et attitudes professionnelles, ...)	<input type="checkbox"/>				

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION, VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !

DURANT LE SEJOUR, si de plus, vous étiez un patient éligible Patient en Auto Administration de ses Médicaments (PAAM)	Très satisfait 😊😊	Satisfait 😊	Peu satisfait 😊	Pas satisfait 😢	Non concerné
Êtes-vous satisfait de :					
La possibilité de continuer à gérer vos médicaments seul ou avec un aidant	<input type="checkbox"/>				
La réponse apportée à tout questionnement sur vos traitements médicamenteux	<input type="checkbox"/>				

LORS DE VOTRE PRISE EN CHARGE EN HAD	Très satisfait 😊😊	Satisfait 😊	Peu satisfait 😊	Pas satisfait 😢	Non concerné
Etes-vous satisfait :					
Des relations avec votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>				
De la prise en charge des infirmiers libéraux (si vous en avez bénéficié)	<input type="checkbox"/>				
De la prise en charge des kinésithérapeutes libéral (si vous en avez bénéficié)	<input type="checkbox"/>				
De la prise en charge du diététicien (si vous en avez bénéficié)	<input type="checkbox"/>				

VOTRE SORTIE	Très satisfait 😊😊	Satisfait 😊	Peu satisfait 😊	Pas satisfait 😢	Non concerné
Etes-vous satisfait :					
Des informations données sur l'organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>				

VOTRE APPRECIATION GLOBALE	Très satisfait 😊😊	Satisfait 😊	Peu satisfait 😊	Pas satisfait 😢	Non concerné
Votre impression générale sur votre prise en charge par l'HAD	<input type="checkbox"/>				

Sur une échelle de 0 à 10, quelle note attribueriez-vous pour la prestation de l'établissement (0 = très déçu ; 10 = très satisfait) : **/ 10**

CONSEILLERIEZ-VOUS NOTRE HAD A QUELQU'UN DE VOTRE ENTOURAGE

Oui Non

Commentaires, observations, suggestions

.....

Merci de votre contribution

Personne remplissant le questionnaire : Le patient L'entourage Sexe : F M

Antenne de votre prise en charge : Cajarc Figeac Gourdon Gramat Martel Cahors

Nom et prénom : Age :

(Vous pouvez nous préciser vos coordonnées et celles du patient pour mieux répondre à vos commentaires ou vous contacter en cas de besoin)

Mail et/ou téléphone :

Signature :

Date : . . / . . / . . .