

RECUEIL DE SATISFACTION EN FIN DE PRISE EN CHARGE

Le recueil de satisfaction a pour objet de nous faire connaître vos impressions sur votre séjour dans notre établissement. Dans cet esprit, toutes vos remarques feront l'objet d'une attention particulière. Grâce au recueil de satisfaction, nous tentons à chaque instant d'améliorer la qualité des prestations fournies par l'Hospitalisation A Domicile.

Les résultats des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de satisfaction, sont analysés dans le cadre de la Commission des Usagers (CDU).

Ces résultats contribuent à la démarche d'amélioration continue de la qualité engagée par l'établissement

Ce questionnaire est à remettre aux professionnels de l'HAD qui interviennent dans le cadre de votre prise en charge ou à retourner à l'aide de l'enveloppe fournie à :

**Monsieur le Directeur du Pôle Sanitaire et Médico-Social
ASSAD – HAD
25 Rue Michel Colombe
BP 72974
37029 Tours Cedex 1**

Nom et Prénom (facultatif)		(1)					
Age :	(1)	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Enfant (2)			
Antenne de référence :	<input type="checkbox"/> Tours	<input type="checkbox"/> Amboise	<input type="checkbox"/> Chinon	<input type="checkbox"/> Loches	<input type="checkbox"/> Orléans	<input type="checkbox"/> Chartres (2)	
Prise en charge du :	au	(1)			
Le livret d'accueil vous a été présenté :							
Lors de la visite de pré-admission		<input type="checkbox"/>	Lors de votre admission		<input type="checkbox"/>	Au cours de votre prise en charge	<input type="checkbox"/> (2)
Votre consentement pour les soins réalisés a-t-il été recueilli par écrit (Cf. Loi du 04 Mars 2002) :							
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (2)						
Questionnaire complété par :	<input type="checkbox"/> Le patient	<input type="checkbox"/> L'entourage	<input type="checkbox"/> Le représentant légal (2)				
				(1) Complétez l'espace	(2) Cochez la case		

Nous vous remercions de votre participation.

A - L'admission

Comment évalueriez-vous ?

- | | TS | S | PS | IS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Les informations relatives au fonctionnement du service d'Hospitalisation A Domicile lors de la visite de pré-admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le délai entre votre demande d'admission en HAD et le début de votre prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le contenu du livret d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'installation, à votre domicile, du matériel d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B - La prise en charge

Comment évalueriez-vous ?

- | | TS | S | PS | IS | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Les relations avec l'accueil du service d'Hospitalisation A Domicile (Dont l'accueil téléphonique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les horaires de passage des différents intervenants à votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

	TS	S	PS	IS	NC
• La qualité du travail d'équipe entre les différents intervenants (Infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, aide à domicile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les informations médicales que vous avez reçues sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les informations reçues sur votre traitement et vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les informations données sur le matériel mis à votre disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les relations avec l'équipe soignante (disponibilité, discrétion, courtoisie, écoute, attention, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les relations et l'intervention du médecin traitant à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention du pharmacien dans votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Les relations et l'intervention de la sage-femme à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention de l'infirmière libérale à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention du kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention de l'assistante de service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention de la psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention de l'auxiliaire de vie à domicile ou de l'aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les relations et l'intervention des autres intervenants (précisez lesquels :)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La gestion des déchets liés à l'activité d'hospitalisation à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'organisation des consultations spécialisées (respect des dates, transport, coordination avec votre médecin traitant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La prise en compte globale de vos attentes et besoins (écoute, respect de l'intimité, des habitudes de vie, etc.)	<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"/>	
• La discrétion des professionnels par rapport aux informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C - La fin de votre séjour

Comment évalueriez-vous ?

	TS	S	PS	IS	NC
Les informations données lors de la préparation de votre fin de prise en charge ou de votre transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les documents qui vous ont été fournis pour la préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de l'organisation de votre séjour en HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, comment évalueriez-vous la qualité de votre prise en charge par le service d'HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous l'Hospitalisation A Domicile à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	Oui			<input type="checkbox"/> Non

Commentaires et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions de votre participation