

Questionnaire de satisfaction Service d'Hospitalisation À Domicile

Vous avez séjourné :

En HAD Crest en HAD obstétrique HAD Antenne Le Cheylard HAD antenne de Die HAD antenne de Romans

Commune de résidence :

Durée de votre séjour : jours.

VEUILLEZ UTILISER LA NOTATION SUIVANTE :

1 = Très insatisfaisant(e) 2 = Insatisfaisant(e) 3 = Satisfaisant(e) 4 = Très satisfaisant(e) NC = Non concerné

Avant l'entrée :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01. Si la prise en charge en Hospitalisation À Domicile a fait suite à une hospitalisation dans un établissement de santé, comment jugez-vous l'information reçue sur l'HAD par le service hospitalier où vous étiez hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. L'information reçue sur l'HAD lors de la visite de pré admission par l'équipe d'Hospitalisation À Domicile vous a-t-elle paru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durant le séjour :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 03. L'organisation mise en place s'est-elle adaptée à votre rythme de vie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Les horaires de passages ont-ils été respectés ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. La coordination des différents intervenants vous paraît-elle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Comment appréciez-vous l'information reçue sur votre état de santé au cours de votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. La douleur a-t-elle été prise en charge de manière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. Avez-vous été informé des changements d'organisation ou de prestation dans les délais : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. La permanence médicale (astreinte téléphonique sur appels des professionnels) et infirmière (astreintes opérationnelles) a répondu à vos besoins de façon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Comment qualifiez-vous l'information reçue au cours de votre séjour, sur la prévention et l'éducation à la santé (allaitement, nouveau-né, diabète, maladies cardiovasculaires...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. La prise en charge en HAD vous a-t-il permis de vous sentir en sécurité à domicile ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Comment jugez-vous l'accueil téléphonique du service Hospitalisation À Domicile ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Logistique :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Avez-vous été informé des modalités du médicament en HAD (commandes, livraisons, ordonnance à transmettre...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ce circuit du médicament vous paraît-il adapté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. L'information reçue sur les jours et heures de livraison des médicaments vous paraît-elle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Le respect des heures et jours de livraison des médicaments vous paraît-il ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Le matériel installé est-il adapté à vos besoins ? de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Avez-vous rencontré des problèmes avec le matériel mis en place : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels :
.....
..... | | | | | |
| 20. Comment jugez-vous l'accueil téléphonique de la pharmacie du service d'HAD ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fin de prise en charge HAD :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Comment considérez-vous l'information reçue sur les modalités de fin d'hospitalisation à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En général :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :