

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, vos remarques, critiques et suggestions nous intéressent. C'est pourquoi, nous vous remercions par avance de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction et le remettre à un professionnel de l'HAD ou l'envoyer par courrier à l'adresse suivante : **HAD de Cornouaille, 14 avenue Yves Thépot - 29000 QUIMPER**

Merci pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Sexe : Féminin Masculin

Catégorie d'âge : Moins de 18 ans 18-39 ans 40-59 ans 60-75 ans Plus de 75 ans

Vit : Seul(e) En couple, accompagné(e)

Entrée en HAD : (mois et année) 20.....

Durée de votre séjour en HAD : 1-7 jours 8-15 jours 16-30 jours 1-3 mois Plus de 3 mois

Qui répond au questionnaire : Le patient Une personne de son entourage

L'ADMISSION / ACCUEIL EN HAD

Avez-vous reçu le livret d'accueil de l'HAD ? Oui Non

Si oui, l'avez-vous consulté ? Oui Non

Avez-vous été informé(e) des démarches à suivre en cas d'urgence ? Oui Non

					Non concerné
L'accueil par l'équipe de coordination de l'HAD					
Le délai de prise en charge en HAD					
L'information préalable à l'admission					
L'installation du matériel					
La préparation de l'entrée en HAD (transport, réunion de coordination)					
Les informations sur le contenu dans le livret d'accueil					

RELATION AVEC L'EQUIPE HAD

					Non concerné
Comportement et efficacité (écoute, attention, soutien, disponibilité, information, amabilité)					
- Du personnel administratif (Secrétariat)					
- Des aides-soignants					
- De l'infirmière HAD					
- Du médecin coordonnateur HAD					
- De l'assistante sociale					
- Des psychologues					
- De la diététicienne					
Coordination entre équipe HAD et professionnels du domicile					
Consignes et explications sur l'organisation de la prise en charge					
Astreinte et assistance téléphonique (nuit et week-end)					

LA QUALITE DES SOINS AU DOMICILE

					Non concerné
Qualité des soins dispensés :					
- Information concernant les soins dispensés					
- La prise en charge de la douleur					
- Le respect des règles d'hygiène					
- Le matériel mis à disposition					
Aide apportée dans la vie quotidienne					
Respect des horaires des interventions à domicile					
Comportement et efficacité (amabilité, écoute, attention, soutien, disponibilité, information)					

DROITS DES PATIENTS

					Non concerné
Respect de votre vie privée / de l'intimité					
Respect de vos informations confidentielles					
Informations sur l'état de santé, les traitements et les soins					
Respect de votre consentement aux soins					
Ecoute et prise en compte de l'aidant qui vous accompagne					
Informations sur le motif et l'organisation de la sortie d'HAD					

SATISFACTION GLOBALE DU SEJOUR HAD

Vous êtes-vous senti(e) en sécurité avec l'HAD ? Conseilleriez-vous l'HAD pour un de vos proches ?

Satisfaction globale de votre prise en charge à l'HAD de Cornouaille sur une échelle de 1 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NOM – Prénom du patient (facultatif) : _____

Comment avez-vous connu l'Hospitalisation A Domicile de Cornouaille ?

- Par le Centre Hospitalier de Quimper
- Par un autre Centre hospitalier (Préciser : _____)
- Par une clinique (Préciser : _____)
- Par votre médecin traitant
- Autres: _____

Remarques et suggestions, problèmes rencontrés ...