









Ce questionnaire a pour objectif de prendre en compte vos remarques et suggestions concernant la prise en charge des patients dans le cadre d'une Hospitalisation à Domicile nous permettant donc d'améliorer nos services et ainsi mieux répondre à vos besoins.





Date de remplissage : Nom et prénom du patient (facultatif): Code postal du patient :

Questionnaire rempli par : le patient l'entourage Date d'entrée en HAD :

Votre ressenti sur : (cocher la case souhaitée)					Ne se prononce pas	Commentaires / Suggestions
AVANT L'ENTREE / L'ACCUEIL						
L'information reçue sur l'HAD par le service hospitalier					Cocher si non concerné	
L'information reçue par l'équipe de l'HAD lors de la visite de pré admission					Cocher si non concerné	
La mise en place de l'HAD, l'installation à votre domicile						
Les informations transmises lors de votre accueil						

LA PRISE EN CHARGE						
L'information reçue sur votre état de santé						
La qualité des soins dispensés						
La gestion de votre douleur						
L'information reçue sur vos médicaments						
L'organisation de l'acheminement et l'approvisionnement des médicaments						
Notre réactivité en cas d'urgence la journée					Cocher si non concerné	
Notre réactivité en cas d'urgence la nuit					Cocher si non concerné	
La coordination entre les professionnels						
Les horaires de passage						
L'information des éventuels changements d'organisation						

Votre ressenti sur : <i>(cocher la case souhaitée)</i>					Ne se prononce pas	Commentaires / Suggestions
LA PRISE EN CHARGE (suite)						
La disponibilité de : - L'équipe de coordination (IDEC, médecin coordonnateur...) - L'équipe soignante - Votre médecin traitant						
Le respect de : - Votre vie privée - Vos habitudes de vie - Votre dignité, intimité						
Le matériel livré						
L'organisation des transports					<i>Cocher si non concerné</i>	
L'accueil téléphonique						
LA SORTIE : Type de sortie (cocher) : <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge classique <input type="checkbox"/> Réhospitalisation <input type="checkbox"/> Décès						
L'organisation de la sortie						

D'une manière générale : <i>(cocher la case souhaitée)</i>					Ne se prononce pas	Commentaires / Suggestions
Vous êtes-vous senti en sécurité avec l'HAD						
Recommanderiez-vous l'HAD à vos proches						
<u>Vos remarques : »</u>						

Si vous souhaitez être recontacté, merci de nous laisser vos coordonnées :