

Notre engagement : Vous apportez des soins de qualité dans une prise en charge personnalisée et sécuritaire !

En tant que patient, vous êtes le centre de nos préoccupations et votre expérience au sein de notre établissement attire toute notre attention.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire, qui peut être anonyme, si vous le désirez. Vos réponses nous permettront de poursuivre notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

Vous êtes Patient Aidant Autre La cellule qualité
Si 'Autre' précisez : **Trimestre** 1 2 3 4

Votre admission

Avez-vous été **impliqué** dans l'évaluation de votre situation afin de pouvoir bénéficier d'une HAD avec votre **médecin traitant (ou hospitalier)** ? Oui Non

Avez vous pu formuler votre **consentement** (oral et écrit) pour obtenir votre prise en charge en HAD? Oui Non

Le service de l'HAD vous a :

	Oui	Non
Accompagné dans vos démarches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribué et expliqué le livret d'accueil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis à disposition le matériel médical adéquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboré votre protocole de soin avec votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expliqué le déroulement de votre prise en charge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coordination et qualité des soins

Les échanges entre les différents intervenants vous semblent fluides et sécurisés :

	Oui, Toujours	Parfois	Non, Jamais
Entre l'HAD et votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre l'HAD et votre kiné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre l'HAD et les autres intervenants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre les différents professionnels de l'HAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces échanges optimisent votre prise en charge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre dossier de prise en charge

	Oui, Toujours	Parfois	Non, Jamais
est accessible à l'ensemble des professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
est rempli par chaque intervenant à chaque passage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre état de santé ou votre traitement vous a donné des inquiétudes, avez-vous pu en parler :

	Oui, toujours	Parfois	Non, jamais	Non concerné
Votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin coordonnateur de l'HAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'encadrement du service HAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'équipe soignante de l'HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'urgence, avez-vous pu joindre l'équipe soignante (jour et nuit)?

Oui Non

Tournez la page, SVP.



Confort Physique

Avez-vous eu **mal** pendant votre séjour ? Oui Non

Si oui pensez-vous que le personnel ait fait tout son possible **pour calmer vos douleurs** ?

Oui, Toujours Parfois Non, jamais

Considérez-vous que le **décali de prise en charge** de votre douleur est :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu Insatisfaisant Pas du tout satisfaisant

Des moyens thérapeutiques ont-ils mis en œuvre pour soulager votre douleur?

	Oui, toujours	Parfois	Non, jamais	Non concerné
Prescription de médicaments "si besoin"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise en place de matela anti-escarre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage ou autre technique d'apaisement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La place de votre aidant

Concernant le rôle de votre **aidant**, considérez vous :

	Oui, Toujours	Parfois	Non, Jamais
Votre aidant a reçu toutes les informations nécessaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre aidant a pu obtenir le soutien des équipes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre aidant a été un acteur majeur dans votre prise en charge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation de la sortie

Lors de l'**organisation de votre sortie**, avez vous :

	Oui	Non	Non concerné
Echangé avec votre médecin traitant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echangé avec le médecin coordonnateur HAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echangé avec l'encadrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echangé avec l'équipe soignante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reçu des informations à la poursuite de votre traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le respect de vos droits

Considérez-vous que l'équipe de L'HAD a :

	Oui, Toujours	Parfois	Non, Jamais
Respecté votre intimité et dignité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respecté les horaires de tournées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favorisé votre expression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apporté des soins de qualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation globale de votre séjour

Notez votre **niveau de satisfaction** de 1 à 10 (1 : médiocre-10 : excellent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez vous l'établissement ?

Oui Non

Etes-vous globalement **satisfait de votre séjour** dans notre établissement ?

Très satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

