



HUMENSIA

Avec vous, préservons l'essentiel

QUESTIONNAIRE DE RESSENTI Fin de prise en charge HAD







Votre avis nous intéresse ! 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).





L'ADMISSION

Comment évaluez-vous ?

- | |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| • Les informations données lors de la visite de pré-admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le délai de votre prise en charge effective | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'installation du matériel d'hospitalisation à votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vous a-t-on présenté le livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI | |
| • Avez-vous reçu une information concernant : | | | | |
| - Les directives anticipées | <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI | |
| - La personne de confiance | <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI | |
| - Le rôle et les missions des représentants des usagers (RU) | <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI | |
| • Avez-vous pris connaissance du livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI | |

LA PRISE EN CHARGE

Comment évaluez-vous ?

- | |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| • L'accueil téléphonique du service d'Hospitalisation A Domicile | <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"/> |
| • La coordination entre les différents intervenants | <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 explications fournies sur votre traitement et vos soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les consignes données sur l'usage du 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.)
- Les relations et la participation des intervenants
(précisez lesquels :)
- La gestion des déchets médicaux liés à l'activité d'hospitalisation à domicile
- L'organisation des consultations spécialisées
(respect des dates, transport, coordination avec votre médecin traitant)
- La prise en charge de votre douleur
- La prise en compte globale de vos attentes et besoins
- Le respect de votre vie privée, de votre intimité et de vos habitudes de vie
- La discrétion des professionnels par rapport aux informations vous concernant

LA FIN DE SÉJOUR

Comment évaluez-vous



La préparation de la fin de prise en charge ou de votre transfert ?

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par le service d'HAD ?

Entourez le chiffre qui correspond à votre évaluation.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous l'Hospitalisation A Domicile à votre entourage ? NON OUI

Commentaires et suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE...

Nom et Prénom

(facultatif)

Homme Femme

Age : 0-18 ans 18-50ans 50-70ans + de 70 ans

Antenne référence : 28 37 45

Votre consentement pour les soins réalisés a-t-il été recueilli par écrit

(Cf. Loi du 04 Mars 2002) :

Oui Non

Questionnaire complété par :

Le patient L'entourage

Le représentant légal

Merci pour votre participation !

Ce questionnaire est à remettre aux professionnels de l'HAD ou à retourner à :

HUMENSIA

Monsieur le Directeur Général Adjoint

25 Rue Michel Colombe - BP 72974

37029 Tours Cedex 1