



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HAD 46

Juin 2021  
Version 5  
LAP-HAD-13

HAD Figeac  HAD Gramat  HAD Gourdon  HAD Martel  HAD Souillac

Date :

Nom (facultatif)..... Prénom : (facultatif).....

Age du patient :..... Sexe du patient :  F  M

Questionnaire renseigné par :  le patient  
 l'entourage

## 1. Comment avez-vous eu connaissance de notre structure. ?

- Service hospitalier  Entourage  
 Médecin traitant  Autre : .....
- Infirmier libéral

## 2. Lors de la visite de pré-admission, les informations relatives au fonctionnement du service ont été :

- complètes ou  insuffisantes  
 claires ou  difficilement compréhensibles

## 3. L'information médicale reçue tout au long du séjour a-t-elle été :

- complète ou  insuffisante  
 claire ou  difficilement compréhensible

## 4. La réunion d'admission en HAD vous a-t-elle semblé :

- indispensable ou  contraignante  
 justifiée ou  inutile

## 5. Lors de la prise en charge, avez-vous été satisfait(e) :

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - de l'accueil ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des horaires de passages des intervenants ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de la coordination des différents intervenants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect de vos habitudes de vie ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect de la confidentialité                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HAD 46

Juin 2021  
Version 5  
LAP-HAD-13

## 6. Lors de la prise en charge, avez-vous été satisfait(e) :

	Oui	Non	Non applicable
- de la qualité des soins prodigués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- du respect de votre dignité et intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'approvisionnement en matériel et en médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de la disponibilité de l'équipe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de la relation avec :			
♦ l'équipe de coordination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
♦ l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
♦ l'accueil téléphonique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
♦ le service social ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 7. Avez-vous eu le sentiment pendant la durée de votre prise en charge d'avoir été victime de maltraitance :

OUI       NON

Si oui, pourquoi ? :

.....  
.....

## 8. Les informations relatives à votre sortie ont-elles été ?

- complètes                      ou             insuffisantes
- claires                              ou             difficilement compréhensibles

## 9. Votre entourage a-t-il été satisfait de la prestation de l'établissement ?

OUI                       NON

Si non, pourquoi ?

.....  
.....

## 10. Pouvons-nous vous contacter par téléphone après la fin de votre prise en charge pour évaluer votre satisfaction ?

OUI                       NON

## 11. Sur une échelle de 1 à 10, quelle note attribueriez-vous pour la prestation de l'établissement (1 = très déçu, 10 = très satisfait) :

/10

.....  
.....

**L'EQUIPE DE L'HAD VOUS REMERCIE VIVEMENT  
D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE**