



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**