

HOSPITALISATION A DOMICILE
25 rue Paule Raymondis
31200 TOULOUSE
05 34 40 40 40

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction, afin d'améliorer la qualité de notre service d'Hospitalisation à Domicile (HAD).
Cochez la case correspondant à votre choix

• **AVANT VOTRE PRISE EN CHARGE, ET LE JOUR DE L'ENTREE EN HAD :**

Etes-vous satisfait des informations données sur :

- | | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Mécontent | Non concerné |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| - La présentation générale du service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Le rôle de chaque intervenant (médecin, infirmier...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'organisation des passages des différents soignants :
Equipe HAD, équipe libérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Les prestations prises en charge par l'HAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'existence d'une astreinte, joignable 24h/24 et 7jours/7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Avez-vous lu le livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> | Oui* | <input type="checkbox"/> | Non | |
| | Très clair | Clair | Peu clair | Pas clair | |
| * Si oui, l'avez-vous trouvé : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

• **DURANT VOTRE PRISE EN CHARGE :**

Etes-vous satisfait des soins :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| - La qualité des soins prodigués | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'information sur votre état de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'information sur votre traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - La prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Le respect de votre dignité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - La prise en compte de votre confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Etes-vous satisfait de l'organisation de la Prise en Charge

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Le respect de votre vie privée et de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Le respect de la confidentialité des informations vous concernant..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Les horaires et la fréquence des interventions des professionnels de santé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - La complémentarité des différents intervenants..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'efficacité de la réponse aux appels d'urgence sur le numéro d'astreinte.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'accueil et les délais d'attente au standard téléphonique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le soutien psychologique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'accompagnement social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Etes-vous satisfait de votre équipe de professionnels

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| - Leur professionnalisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Leur capacité d'adaptation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Leur disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Leur qualité d'écoute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Leur amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Etes-vous satisfait de la logistique

Le matériel médical (lit, fauteuil...) :

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - L'installation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'information sur l'utilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'état..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'adaptation à vos besoins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - La rapidité d'intervention en cas de panne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'enlèvement du matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Le petit matériel de soins (pansements, compresses...) :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - la livraison hebdomadaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'organisation de la collecte des déchets de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'information sur l'élimination du stock de matériel de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L'information sur l'élimination des médicaments non utilisés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

• **LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE**

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| - Etes-vous satisfait de l'organisation de la continuité de la prise en charge . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

Vos commentaires :

Conseillerez-vous l'HAD à l'un de vos proches ? Oui Non

Globalement, appréciation générale sur le séjour / 10

Ce questionnaire a été rempli par : Le patient Un proche

« A l'attention de votre entourage »

Quels sont les points forts apportés par l'HAD et les points à améliorer ?

	Point fort	Point à améliorer
1. Ecoute et aide de la part des professionnels de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accompagnement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Organisation matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Accès à l'information :		
- sur le fonctionnement de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur l'organisation logistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Délais de réponse aux problématiques rencontrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Coordination entre les différents intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Veillez nous retourner ce questionnaire :

- Soit par courrier à l'aide de l'enveloppe timbrée adressé à l'HAD : **SANTE RELAIS DOMICILE**

**25 rue Paule Raymondis
31200 TOULOUSE**

- Soit par mail (had.santerelaisdomicile@had-srd.org)

Merci de votre contribution qui nous permet d'améliorer notre service.

POUR VOTRE INFORMATION

- ❖ Conformément loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et le décret n° 2016-726 du 1er juin 2016, une Commission Des Usagers a été mise en place dans notre établissement.
- ❖ Cette commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des malades et de leurs proches.
- ❖ La composition de cette commission est la suivante : le directeur de l'HAD, 2 médiateurs médecins, 2 médiateurs non médecins, (un cadre infirmier, une assistante sociale), 2 représentants des usagers* (issus d'associations agréées par le Ministère des Solidarités et de la santé), le responsable qualité.
- ❖ Vous pouvez adresser vos réclamations ou vos plaintes à cette commission en adressant votre courrier à :

**SANTE RELAIS DOMICILE
COMMISSION DES USAGERS
25 rue Paule Raymondis
31200 TOULOUSE**

* Monsieur Jonathan QUENTEL – Bénévole de l'association « Les Petits Frères des Pauvres » (www.petitsfreresdespauvres.fr)

Tel : 05 61 62 05 05 - Fax : 05 61 62 36 19 - Portable : 06 33 48 16 85 - Mail : quenteljon@yahoo.fr

* Madame Marie Bénédicte BOUNIE – Bénévole de l'Union Nationale des Associations Familiales : UNAF (www.unaf.fr)

Portable : 06 62 47 00 41 - Mail : mb.bounie@wanadoo.fr