

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

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 :

- | |  |  |  |  | Non concerné |
|---|---|---|---|---|--------------|
| - La présentation générale du service | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - Le rôle de chaque intervenant (médecin, infirmier...) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - L'organisation des passages des différents soignants : | | | | | |
| Equipe HAD, équipe libérale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - Les prestations prises en charge par l'HAD | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - L'existence d'une astreinte, joignable 24h/24 et 7jours/7 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - Avez-vous lu le livret d'accueil ? | ☐ | Oui* | ☐ | Non | |

* Si oui, l'avez-vous trouvé :

	Très Clair	Clair	Peu Clair	Pas Clair
	☐	☐	☐	☐

• DURANT VOTRE PRISE EN CHARGE :

Etes-vous satisfait des soins :

- | |  |  |  |  | Non concerné |
|---|---|---|---|---|--------------|
| - La qualité des soins prodigués | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - L'information sur votre état de santé | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - L'information sur votre traitement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - La prise en charge de la douleur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - Le respect de votre dignité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - La prise en compte de votre confort | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

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

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

Etes-vous satisfait de votre équipe de professionnels

- | |  |  |  |  |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| - Leur professionnalisme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Leur capacité d'adaptation..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Leur disponibilité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Leur qualité d'écoute | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Leur amabilité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Etes-vous satisfait de la logistique

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

- | |  |  |  |  | Non concerné |
|--|---|---|---|---|--------------------------|
| - L'installation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'information sur l'utilisation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'état..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'adaptation à vos besoins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - La rapidité d'intervention en cas de panne | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'enlèvement du matériel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

- | |  |  |  |  | Non concerné |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| - la livraison hebdomadaire..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'organisation de la collecte des déchets de soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'information sur l'élimination du stock de matériel de soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - L'information sur l'élimination des médicaments non utilisés..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

• LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

- | |  |  |  |  |
|--|---|---|---|---|
| - Etes-vous satisfait de l'organisation de la continuité de la prise en charge . | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Vos commentaires :

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

Globalement, quelle est votre 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 | ☐ | ☐ |
| 2. Soutien psychologique | ☐ | ☐ |
| 3. Accompagnement social | ☐ | ☐ |
| 4. Organisation matérielle | ☐ | ☐ |
| 5. Accès à l'information : | | |
| - sur le fonctionnement de l'HAD | ☐ | ☐ |
| - sur l'organisation logistique | ☐ | ☐ |
| 6. Délais de réponse aux problématiques rencontrées | ☐ | ☐ |
| 7. Coordination entre les différents intervenants | ☐ | ☐ |
| 8. Respect de votre intimité | ☐ | ☐ |

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.accueil@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**

* Madame Marie Christine JACOLIN CNAFC 31 Tél : 06 62 37 81 14 - mcjacolin@gmail.com
* Madame Aline MAIRAL Réseau D.E.S. France Tél : 06 65 71 84 33 - mairal.aline@orange.fr