

Questionnaire de fin de prise en charge Patients

Madame, Monsieur,

Vous, ou un de vos proches, avez été hospitalisé dans le cadre de l'HAD. Nous aimerions recueillir votre avis sur la qualité de cette prise en charge.

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer un peu de temps pour compléter ce questionnaire anonyme (sauf si vous souhaitez indiquer votre nom), et nous l'adresser ensuite en utilisant l'enveloppe ci-jointe.

Pour chaque critère d'appréciation, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse. Si vous le souhaitez, vous pourrez ajouter un commentaire, en particulier en cas de réponse « peu... » ou « pas du tout satisfait ».

Votre participation nous permettra, ainsi, d'améliorer la qualité de notre service.

L'Equipe HAD Vendée

Personne remplissant le questionnaire :

Patient Conjoint - Famille – Proches Autres : _____

Nom & prénom (facultatif) : _____

Sexe et âge du patient :

Homme Femme

moins de 18 ans 18 à 40 ans 41 à 60 ans 61 à 80 ans 81 ans et plus

Mois et année de fin de prise en charge en HAD : _____

Cochez la case correspondant à votre réponse.

Que pensez-vous de ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
① Admission – accueil – début de prise en charge en HAD					
Accueil par l'équipe de coordination d'HAD Vendée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la prise en charge en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur le rôle de chaque intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

.....

.....

② Organisation – coordination de la prise en charge

Coordination entre l'équipe d'HAD Vendée et les professionnels du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implication du patient et/ou de l'entourage dans l'organisation de sa prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

.....

.....

③ Relations avec l'équipe d'HAD - astreinte

Comportement et efficacité (amabilité, écoute, attention, tact, soutien, disponibilité, information, réactivité) :					
- Du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'équipe de coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence des contacts avec l'équipe de coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astreinte et assistance téléphonique (nuit et week-end)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

.....

.....

Tournez SVP →

Que pensez-vous de ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait Non concerné

④ Relations avec les professionnels du domicile – qualité des soins (médecin, pharmacien, infirmiers...)

Qualité des soins dispensés (traitements, suivi, savoir-faire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils adaptés à la situation (prévention, éducation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide apportée dans la vie quotidienne (repas, courses, ménage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des horaires de passage, des plannings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement des professionnels du domicile (amabilité, écoute, attention, tact, soutien, disponibilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

⑤ Douleur

Prise en compte de la douleur du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité du traitement proposé et soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

⑥ Droits du patient et de l'aidant

Respect de la vie privée et de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'état de santé, le traitement et les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du consentement du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute et prise en compte de l'aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur les possibilités d'aide(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

⑦ Logistique

Médicaments (livraison, gestion des stocks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel adapté et disponible en temps voulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transports sanitaires (sécurité, hygiène, confidentialité, ponctualité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collecte des déchets de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

⑧ Fin de prise en charge en HAD

Organisation de la fin de prise en charge (formalités, information, mise en place de relais éventuels...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vos commentaires et suggestions :

⑨ Appréciation globale sur la prise en charge en HAD

Vos commentaires et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Comment avez-vous eu connaissance d'HAD Vendée ? _____

Conseilleriez-vous, le cas échéant, l'HAD à l'un de vos proches ?

Oui Non

Merci de votre participation