

Questionnaire de fin de prise en charge  
**VOTRE EXPERIENCE NOUS INTERESSE**

N° : \_\_\_\_\_

Remis le :

Améliorer votre prise en charge et mieux répondre à vos attentes, tels sont les objectifs de ce questionnaire anonyme, simple et rapide à compléter (une croix dans la case correspondant à votre appréciation). Il vous permet aussi de nous transmettre toutes vos remarques et suggestions.

**Le patient**

**Sexe :**  Féminin  Masculin

**Catégorie d'âge :**  Moins de 18 ans  18-39 ans  40-59 ans  60-75 ans  Plus de 75 ans

**Vit :**  Seul(e)  En couple, accompagné(e)

**Entrée en HAD :** (mois et année) .....20.....

**Durée de votre séjour en HAD :**  1-7 jours  8-15 jours  16-30 jours  1-3 mois  Plus de 3 mois

**Qui répond au questionnaire :**  Le patient  Une personne de son entourage

**Votre satisfaction**

**Avez-vous reçu le livret d'accueil « Mon passeport HAD » ?**  Oui  Non

**Si oui, l'avez-vous consulté ?**  Oui  Non

**Avez-vous été informé(e) des démarches à suivre en cas d'urgence ?**  Oui  Non

**Conseilleriez-vous l'HAD pour un de vos proches ?**  Oui  Non

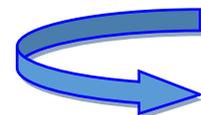
**A-t-on recueilli votre consentement pour la prise en charge HAD ?**  Oui  Non

**Admission – Accueil**

					<b>Non Concerné</b>
	<b>Très satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Peu satisfait</b>	<b>Pas du tout satisfait</b>	
Accueil par l'équipe de coordination de l'HAD					
Le délai de prise en charge en HAD					
Informations sur le rôle de chaque intervenant					
Informations délivrées avant votre admission					
Informations contenues dans le « Passeport HAD » (livret d'accueil)					

**Relation avec l'équipe HAD**

					<b>Non Concerné</b>
<b>Comportement et efficacité (amabilité, écoute, attention, soutien, disponibilité, information) :</b>					
- Du personnel administratif (standard HAD)					
- De l'infirmière HAD					
- Du médecin coordonnateur HAD					
- De l'assistante sociale					
- De la psychologue					
- De la diététicienne					
Coordination entre équipe HAD et professionnels du domicile					
Consignes et explications sur l'organisation de la prise en charge					
Astreinte et assistance téléphonique (nuit et week-end)					



Suite au verso

## Qualité de la prise en charge par les professionnels du domicile

				Non Concerné
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	

Qualité des soins dispensés :					
- Information concernant les soins dispensés					
- La prise en charge de la douleur					
- Le respect des règles d'hygiène					
- Le matériel mis à disposition					
Aide apportée dans la vie quotidienne					
Respect des horaires des interventions à domicile					
Comportement et efficacité (amabilité, écoute, attention, soutien, disponibilité, information)					

**INFO** Si vous souhaitez que votre avis sur la qualité de la prise en charge par les professionnels du domicile (infirmier libéral, kinésithérapeute, aide à domicile, ...) leur soit communiqué, merci d'indiquer votre identité :  
 Nom : ..... Prénom : ..... Ville : .....

## Les droits du patient

					Non Concerné
Respect de votre vie privée / de l'intimité					
Respect de vos informations confidentielles					
Informations sur l'état de santé, les traitements et les soins					
Respect de votre consentement aux soins					
Ecoute et prise en compte de l'aidant qui vous accompagne					
Informations sur le motif et l'organisation de la sortie d'HAD					

Qu'est-ce qui vous a manqué lors de cette prise en charge ?

---



---



---



---



---

De manière générale, quelle note donneriez-vous sur la qualité de votre séjour à l'HAD sur 10 ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Commentaires et/ou propositions d'amélioration :

---



---



---



---



---

**En cas d'insatisfaction ou questionnement, si vous souhaitez une réponse de l'HAD,** merci d'inscrire vos coordonnées ci-dessous, afin que nous puissions vous contacter :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**Merci pour vos réponses et votre contribution à notre démarche continue d'amélioration de la qualité**