

Votre avis nous intéresse
Aidez notre Hospitalisation à Domicile Grand Bordeaux à s'améliorer

Vous, ou l'un de vos proches avez été pris en charge à domicile, votre opinion nous est précieuse pour améliorer la qualité de nos soins et accompagnement.

Les quelques minutes que vous nous accordez pour répondre à nos questions, nous permettront, en lien avec la Commission Des Usagers (CDU), d'apporter des améliorations à nos organisations et prises en charge des patients.

Merci de cocher la case correspondant à votre choix :

Très satisfait


Satisfait


Peu satisfait


Pas satisfait


Non concerné
 NC

LORS DE LA PREPARATION DU RETOUR A DOMICILE Qu'avez-vous pensé ...	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
Des informations données sur notre fonctionnement	☐	☐	☐	☐	☐
De l'organisation de votre retour à domicile avec l'HAD	☐	☐	☐	☐	☐
De l'état et l'entretien du matériel fourni	☐	☐	☐	☐	☐

AU RETOUR A DOMICILE	OUI 	NON 
Vous a-t-on remis notre livret d'accueil et expliqué le contenu ?	☐	☐
Vous a-t-on expliqué comment nous joindre en cas d'urgence ?	☐	☐
Vous a-t-on présenté le formulaire de signalement indésirable (FEI) ?	☐	☐

DURANT LE SEJOUR Etes-vous satisfait de :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
L'information donnée sur le déroulement des soins	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en compte de vos attentes et besoins (respect des habitudes, de votre intimité)	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en compte des attentes de votre entourage	☐	☐	☐	☐	☐
La disponibilité et l'écoute des personnels	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil téléphonique de l'HAD	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil téléphonique en astreinte (nuit et week-end)	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge des aides-soignants(es) (si vous en avez bénéficié)	☐	☐	☐	☐	☐
L'intervention de l'assistante sociale de l'HAD (si vous en avez bénéficié)	☐	☐	☐	☐	☐
L'intervention du psychologue de l'HAD (si vous en avez bénéficié)	☐	☐	☐	☐	☐
La coordination médicale dont vous avez bénéficié	☐	☐	☐	☐	☐
La visite de coordination de l'infirmière d'HAD	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation de vos rdv extérieurs (consultations, hospitalisations, transport)	☐	☐	☐	☐	☐
L'information sur votre traitement médicamenteux	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation du rangement de vos médicaments	☐	☐	☐	☐	☐

La prise en compte de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation de l'enlèvement des déchets médicaux	☐	☐	☐	☐	☐

LORS DE VOTRE PRISE EN CHARGE EN HAD Etes-vous satisfait des relations :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
Avec votre médecin traitant	☐	☐	☐	☐	☐
Avec votre pharmacien	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en charge des infirmiers libéraux	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en charge kinésithérapeute libéral (si vous en avez bénéficié)	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en charge de la diététicienne (si vous en avez bénéficié)	☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE SORTIE Etes-vous satisfait :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
Des informations données sur l'organisation de votre sortie	☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE APPRECIATION GLOBALE	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non concerné
Votre impression générale sur votre prise en charge par l'HAD	☐	☐	☐	☐	☐

CONSEILLERIEZ-VOUS NOTRE HAD A QUELQU'UN DE VOTRE ENTOURAGE

☐ oui ☐ non

Votre expérience pendant le séjour en HAD nous intéresse, pouvez-vous nous la partager :

.....

.....

.....

.....

Merci de votre contribution

(Vous pouvez nous préciser vos coordonnées et celles du patient pour mieux répondre à vos commentaires ou vous contacter en cas de besoin)

Personne remplissant le questionnaire : Le patient ☐ L'entourage ☐

Souhaite garder l'anonymat : ☐

Nom et prénom :

Date : ____/____/____

HaD Grand Bordeaux
2 place Ravezies – entrée B
33000 BORDEAUX
Tél : 05 24 57 35 11 - Fax : 05 24 57 35 12
contact@hadgrandbordeaux.fr