**Votre avis nous intéresse**

**Aidez notre Hospitalisation à Domicile d’Eure Seine 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 informé de l’existence d’une Commission Des Usagers ? | 🞎 | 🞎 |
| Vous a-t-on présenter le formulaire de signalement indésirable (FSEI) ? | 🞎 | 🞎 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 bénéficiée | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| La visite de coordination hebdomadaire 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 mise en place du traitement contre la douleur | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| L’organisation de l’enlèvement des déchets médicaux | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **DURANT LE SEJOUR, si de plus, vous étiez un patient éligible PAAM**  **Êtes-vous satisfait de :** | Très satisfait  **☺☺** | Satisfait  **☺** | Peu satisfait  **😐** | Pas satisfait  **☹** | Non concerné |
| La possibilité de continuer à gérer vos médicaments seul ou avec un aidant | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| La réponse apportée à tout questionnement sur vos traitements médicamenteux | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**

Personne remplissant le questionnaire : Le patient 🞎 L’entourage 🞎

Nom et prénom :………………………………………………

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

Signature :

Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_