



# Questionnaire de satisfaction

## Sur la prise en charge en hospitalisation à domicile

### Aidez nous à progresser...

Afin d'améliorer continuellement la qualité de nos prestations, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. N'hésitez pas à nous dire, en toute sincérité, ce que vous avez apprécié, ce que vous auriez souhaité changer, ce qui vous a déplu. Une fois rempli, merci de nous le renvoyer grâce à l'enveloppe pré-timbrée jointe.

L'équipe de l'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne

### IDENTIFICATION

Nom prénom du patient (facultatif) : .....

1- Vous êtes :      Patient HAD       Proche de patient HAD

2- Le séjour en Hospitalisation A Domicile a eu lieu du ..... au .....

3- Vous avez pris connaissance de l'HADAN par

Votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Votre médecin hospitalier	<input type="checkbox"/>
Votre entourage	<input type="checkbox"/>	Autre moyen	<input type="checkbox"/>
		Lequel ?	.....

4- Etait-ce votre premier séjour en hospitalisation à domicile ?      Oui       Non

### VOTRE ADMISSION

5- Votre degré de satisfaction concernant :



- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ l'information qui vous a été fournie lors de votre admission (conditions de prise en charge, organisation des soins...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ l'organisation de votre entrée en HAD   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ l'accueil qui vous a été réservé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques : .....

### VOTRE PRISE EN CHARGE

6- Votre degré de satisfaction concernant :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ L'installation à domicile (équipements et matériels médicaux)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ➤ Les soins d'hygiène  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Les soins infirmiers (perfusions, pansements...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ➤ Les soins paramédicaux (kiné, orthophoniste, assistante sociale, psychologue ...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Le respect de l'intimité, la confidentialité   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| ➤ La prise en compte et le traitement des symptômes et/ou douleurs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Les transports (respect des exigences d'hygiène et de sécurité, de la dignité, de la confidentialité et du confort, délai d'attente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ La planification de sortie d'HAD   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques : .....

7- Avez-vous pu facilement identifier les différents interlocuteurs ?

Oui

Non

Remarques : .....  
.....

8- Lorsque vous avez appelé l'HADAN, avez-vous été satisfait des réponses apportées à vos questions



Non concerné(e)

- Le jour

- Le soir et/ou la nuit

- Le week-end

Remarques : .....  
.....

### SATISFACTION GLOBALE ET SUGGESTIONS

9- Votre degré de satisfaction globale concernant :



- votre prise en charge en hospitalisation à domicile
- la disponibilité du personnel
- l'amabilité du personnel

10- L'HADAN a-t-elle répondu à vos attentes ?

Oui

Non

11- Quels sont d'après vous, les **avantages** d'une hospitalisation à domicile ?

.....  
.....

12- Quels sont d'après vous, les **inconvenients** d'une hospitalisation à domicile ?

.....  
.....

13- Recommanderiez-vous l'HAD autour de vous ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

.....  
.....

14- Remarques et suggestion, problèmes rencontrés ...

.....  
.....  
.....  
.....

L'équipe de l'HADAN vous remercie d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.  
Les résultats anonymisés de l'enquête seront diffusés sur Internet : [www.hadan.fr](http://www.hadan.fr)

- HADAN, 17 rue du Bois de la Champelle - BP 20216 - 54506 Vandœuvre Cedex - Fax : 03 83 28 48 79