



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, ce que vous avez apprécié, ce que vous auriez souhaité changer, ce qui vous a déçu. 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- Le séjour en Hospitalisation A Domicile a eu lieu du au

2- Vous avez pris connaissance de l'HADAN par

Le médecin traitant du patient
L'entourage du patient

Le médecin hospitalier du patient
Autre moyen
Lequel ?

3- Etait-ce le premier séjour de votre proche en hospitalisation à domicile ? Oui Non

SON ADMISSION

4- Votre degré de satisfaction concernant :	++	+	-	--
➤ l'information qui a été fournie à votre proche lors de son admission (conditions de prise en charge, organisation des soins...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ l'organisation de son entrée en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ l'accueil qui lui a été réservé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

SA PRISE EN CHARGE

5- Votre degré de satisfaction concernant :	++	+	-	--	Non concerné(e)
➤ 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"/>

Remarques :

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

Oui

Non

Remarques :
.....

7- Lorsque vous (ou votre proche) 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

8- Votre degré de satisfaction globale concernant :

++

+

-

--

➤ sa prise en charge en hospitalisation à domicile

➤ la disponibilité du personnel

➤ l'amabilité du personnel

9- L'HADAN a-t-elle répondu à vos attentes (ou ses attentes) ?

Oui

Non

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

.....
.....

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

.....
.....

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

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

13- 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

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