

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, vos remarques, critiques et suggestions nous intéressent. C'est pourquoi nous vous remercions par avance du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire de satisfaction et de l'envoyer à l'adresse mentionnée ci-dessous:

Centre Hospitalier de Joigny - Service HAD- 3 quai de l'Hôpital 89306 Joigny Cedex

Vous avez été pris(e) en charge par :  HAD Joigny  HAD Sens

## \* LE FONCTIONNEMENT DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE \*

### Le jour de la prise en charge :

Organisation de l'admission en HAD :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Accueil à domicile :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Supports d'informations de l' HAD: (livret d'accueil, plaquette...)

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

## AU COURS DE VOTRE SEJOUR :

Accueil téléphonique :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Remarque précisez :

Coordination des soins au quotidien :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Informations sur l'état de santé :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

## VOTRE SORTIE :

Organisation de la sortie : (délai d'information, documents, matériel ...)

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant  Non concerné

Remarque précisez :

## \* LE MATERIEL MIS A VOTRE DISPOSITION \*

Matériel mis à votre disposition par l'HAD : (meuble, caisse de pharmacie...)

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Remarque précisez :

**Tournez s'il vous plaît**

Matériel mis à votre disposition par le prestataire: (lit, matelas, fauteuil...)

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Remarque précisez :

### \* LA QUALITE DES SOINS \*

Disponibilité du médecin traitant pendant la durée de l'HAD :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Remarque précisez :

Prise en charge par le médecin coordinateur de l'HAD :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Relation avec l'infirmière coordinatrice :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Soins réalisés par l'équipe soignante de l'HAD :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Soins réalisés par le kinésithérapeute :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Soins réalisés par les infirmiers libéraux :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Prise en charge de la douleur :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Respect de l'intimité :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Respect des croyances :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Ecoute et la relation avec les soignants :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Place réservée à l'entourage :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Accompagnement social ?

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Vous sentez-vous en sécurité avec l'hospitalisation ?

Oui     Non

Astreinte infirmière :

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant     Non concerné

Vos suggestions et remarques :

Date:

Votre nom (facultatif) :