

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Vous ou l'un de vos proches avez/avait été pris(e) en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile de la Mutualité française Nord - Pas de Calais SSAM.

Très attachés à la qualité des prestations que nous offrons à nos patients, nous souhaiterions recueillir vos appréciations grâce à ce questionnaire.

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et suggestions.

Merci de nous remettre le questionnaire complété lors du passage d'un professionnel, ou bien de le retourner par courrier à l'HAD (adresse précisée dans le cadre ci-dessous).

Par avance, nous vous en remercions de votre participation.

La Direction

**Hospitalisation à domicile
du Cambrésis**

93 ter rue Victor Watremez

59157 - BEAUVOIS-EN-CAMBRÉSIS

Veillez SVP préciser le lieu de prise en charge :

- Au domicile
- En EHPA / EHPAD / maison de retraite
ou autre établissement médico-social (maison
d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé,
foyer de vie...)

N.B. Les résultats de cette enquête pourront vous être communiqués sur simple demande au service qualité.

Accueil et information délivrée

Le livret d'accueil a-t-il été remis lors de l'admission ?

Oui Non

Votre appréciation sur :

| | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Utilité et clarté des informations contenues dans le livret d'accueil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information sur la désignation de la personne de confiance (cf. livret d'accueil du patient) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information sur l'organisation des soins et de la prise en charge lors de l'admission | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Qualité des informations sur l'utilisation du matériel mis à disposition | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Présentation par les personnels soignants de leur prénom et leur fonction | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre appréciation en cas d'appel téléphonique au secrétariat :

| | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Délai de réponse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Qualité des informations délivrées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Amabilité de la personne répondant à l'appel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre appréciation en cas d'appel téléphonique au personnel d'astreinte :

| | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Délai de réponse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Qualité des informations délivrées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Amabilité de la personne répondant à l'appel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Qualité de la prise en charge en HAD

Votre appréciation sur :

| | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Présentation du plan de soins / projet de soins personnalisé (cf. livret d'accueil du patient) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Explications apportées au patient sur son état de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Personnalisation de la prise en charge, respect des habitudes de vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Respect des horaires prévus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information en cas de retard important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Coordination entre l'HAD et le pharmacien du patient | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Coordination entre l'HAD et les autres professionnels libéraux : infirmiers, kinés... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information sur les modalités de fin de prise en charge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Respect des droits

| Votre appréciation sur : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Respect de la dignité, vie privée et intimité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Discrétion, respect de la confidentialité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Respect du consentement du patient pour les soins prodigués | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ecoute, amabilité, politesse des différents intervenants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Prise en charge de la douleur

| Votre appréciation sur : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Evaluation régulière de la douleur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Mise en œuvre d'actions et/ou de traitements en vue de soulager la douleur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gestion des produits et équipements au domicile

| Votre appréciation sur le matériel hôtelier (lit médicalisé, matelas, fauteuil...) : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Délais d'installation du matériel hôtelier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Adaptation du matériel hôtelier aux besoins et à l'état de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Modalités de retrait du matériel hôtelier en fin de prise en charge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Votre appréciation sur le matériel médical (oxygénothérapie, pompes, nutrition...) : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Délais d'installation du matériel médical | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Adaptation du matériel médical aux besoins et à l'état de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Modalités de retrait du matériel médical en fin de prise en charge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Votre appréciation sur le petit matériel et les consommables (pansements, changes...) : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Adaptation du petit matériel et des consommables aux besoins / à l'état de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Votre appréciation sur l'approvisionnement en cas de modification des besoins / urgence : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Délais d'installation du matériel supplémentaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Adaptation du matériel à la situation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Accompagnement psychologique, social et diététique

| Votre appréciation sur : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Information sur la possibilité d'intervention d'un(e) psychologue | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Intervention(s) réalisée(s) par le(la) psychologue | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information sur la possibilité d'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Intervention(s) réalisée(s) par l'(la) assistant(e) social(e) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Information sur la possibilité d'intervention d'un(e) diététicien(ne) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Intervention(s) réalisée(s) par le(la) diététicien(ne) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Respect des règles d'hygiène

| Votre appréciation sur : | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Port de blouse par les personnels soignants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hygiène des mains des personnels soignants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Entretien de l'environnement du patient (lit médicalisé, adaptable, pompes...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Collecte des déchets de soins à risque infectieux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Pour conclure

- Vous êtes-vous senti(e) en sécurité avec l'HAD ? Oui Non
- Recommanderiez-vous l'HAD à un proche ? Oui Non

Remarques ou suggestions complémentaires

Renseignements facultatifs

NOM - Prénom :

Durée d'hospitalisation à domicile :

La personne ayant répondu à ce questionnaire est : Le(la) patient(e) Un membre de la famille / un proche