



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HAD

Madame, Monsieur,

Votre expérience compte pour nous. En répondant à ce questionnaire, vous nous aidez à renforcer la qualité de votre prise en charge et de votre parcours de soins au Centre Hospitalier Jacques Cœur.

Merci pour votre contribution.

Le Directeur : R. FAUQUEMBERGUE

INFORMATIONS GENERALES

Vous êtes : ☐ patient ☐ un proche /entourage

Age : ☐ 0 – 18ans ☐ 19 – 40ans ☐ 41 – 60ans ☐ 61 – 70ans ☐ + 70ans

VOTRE AVIS GLOBAL

❖ Merci de bien vouloir noter votre degré de satisfaction générale en entourant le chiffre sur l'échelle ci-dessous :



❖ Recommanderiez-vous l'HAD de l'établissement ?

☐ oui ☐ non

❖ Avez-vous reçu votre livret d'accueil ?

☐ oui ☐ non

❖ Connaissez-vous votre espace numérique santé « Mon espace santé » ?

☐ oui ☐ non

VOTRE PARCOURS DE SOINS

N. C : non concerné(e) Pas satisfaisant Moyennement satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant











PREPARATION DE VOTRE ADMISSION

	N. C				
La clarté des informations qui vous ont été fournies pour vous expliquer le fonctionnement de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité avec laquelle vous avez pu contacter l'équipe HAD pour obtenir les renseignements nécessaires avant votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai entre la proposition d'HAD et le début de votre prise en charge, ainsi que la manière dont ce délai vous a été expliqué et organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMISSION ET DEBUT DE PRISE EN CHARGE

	N. C				
Les conditions dans lesquelles s'est déroulée votre admission à domicile (accueil, présentation, installation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des explications données lors de la mise en place initiale des soins et du matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos habitudes de vie dans l'organisation proposée par l'équipe HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>PENDANT LA PRISE EN CHARGE EN HAD</u>	N. C				
L'organisation des soins en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La régularité et la cohérence des horaires annoncés pour les différents soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des explications données lors de chaque intervention (soins, traitements, évolution...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau d'écoute des professionnels concernant vos besoins, inquiétudes ou préférences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination entre les différents intervenants HAD (infirmiers, médecins, rééducateurs, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité, de votre rythme de vie et des contraintes de votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité à joindre un professionnel de l'HAD en cas de question, d'urgence ou de problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur (évaluation, écoute, ajustements proposés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gestion du matériel médical à votre domicile (installation, fonctionnement, vérification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>FIN DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD</u>	N. C				
La clarté des explications concernant la fin de votre prise en charge en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de la transition avec votre médecin traitant ou d'autres professionnels à la sortie de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La récupération du matériel et la clôture administrative de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

Questionnaire à retourner à la **Direction Parcours Patient, Qualité, Usager et Gestion des Risques**

du CH Jacques Cœur

145 avenue François Mitterrand 18000 Bourges

ou par mail à : **relations.usagers@ch-bourges**

Vous pouvez également nous contacter au : 02.48.48.43.05



Direction Parcours Patient,
Qualité, Usagers et Gestion
des Risques