









Merci de nous faire part de votre appréciation et de nous faire parvenir ce questionnaire par courrier (enveloppe jointe) ou par fax (04 77 32 22 86).





Conditions d'admission :

➤ Quel est votre niveau de satisfaction sur :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non Concerné
L'évaluation de la prise en charge HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contact avec le personnel de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La réactivité de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise en place de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant la décision de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant le retour à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pendant l'hospitalisation :

➤ Quel est votre niveau de satisfaction sur :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non Concerné
Le partage du projet thérapeutique du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de la permanence des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'utilité du dossier papier au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le partage et la transmission des informations concernant la prise en charge de votre patient à domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge et l'organisation des soins en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La sortie de l'HAD :

➤ Quel est votre niveau de satisfaction sur :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non Concerné
L'information de la décision de sortie de votre patient de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur le résumé de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite - TSVP :



Satisfaction globale :

➤ Quel est votre niveau de satisfaction sur :	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas satisfait 	Non Concerné
La relation et l'écoute avec :					
-Les professionnels de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Le secrétariat médical de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous senti votre patient en sécurité avec l'HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle impression portez-vous sur l'HAD dans son ensemble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Conseilleriez-vous ce mode d'hospitalisation à vos confrères ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Etes-vous : Médecin traitant Médecin Hospitalier

Vos suggestions et remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et prénom (facultatif) :

.....

Signature :

Date : ____/____/____