

# 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 Douaisis**

**Zone du Parc des Prés Loribes**

**59128 - FLERS-EN-ESCREBIEUX**

**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"/>				
• Information sur la désignation de la personne de confiance (cf. livret d'accueil du patient)	<input type="radio"/>				
• Information sur l'organisation des soins et de la prise en charge lors de l'admission	<input type="radio"/>				
• Qualité des informations sur l'utilisation du matériel mis à disposition	<input type="radio"/>				
• Présentation par les personnels soignants de leur prénom et leur fonction	<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"/>				
• Qualité des informations délivrées	<input type="radio"/>				
• Amabilité de la personne répondant à l'appel	<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"/>				
• Qualité des informations délivrées	<input type="radio"/>				
• Amabilité de la personne répondant à l'appel	<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"/>				
• Explications apportées au patient sur son état de santé	<input type="radio"/>				
• Personnalisation de la prise en charge, respect des habitudes de vie	<input type="radio"/>				
• Respect des horaires prévus	<input type="radio"/>				
• Information en cas de retard important	<input type="radio"/>				
• Coordination entre l'HAD et le pharmacien du patient	<input type="radio"/>				
• Coordination entre l'HAD et les autres professionnels libéraux : infirmiers, kinés...	<input type="radio"/>				
• Information sur les modalités de fin de prise en charge	<input type="radio"/>				

## **Respect des droits**

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

## **Prise en charge de la douleur**

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

## **Gestion des produits et équipements au domicile**

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

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

<b>Votre appréciation sur le petit matériel et les consommables (pansements, changes...) :</b>	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"/>				

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

## **Accompagnement psychologique, social et diététique**

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

## **Respect des règles d'hygiène**

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