



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue de la qualité nous avons besoin d'évaluer la satisfaction de nos usagers. Votre avis est d'une grande utilité, c'est pourquoi nous vous remercions de répondre à ce questionnaire.

Personne ayant complété le questionnaire

- Patient  
 Entourage / Famille  
 Autre : .....

Ce questionnaire peut être remis directement au personnel de l'HAD ou retourné à l'adresse postale suivante :

HAD Mutualiste • 4 chemin de Frégeneuil • CS 72504 Soyaux • 16025 Angoulême Cedex

### VOTRE AVIS SUR L'ADMISSION



L'information reçue concernant votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information contenue dans le livret d'accueil et les différents documents qui vous ont été remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dossier de soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE AVIS SUR L'OFFRE DE SOINS



La coordination réalisée par l'infirmière de coordination de l'HAD-R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les relations avec l'infirmière de coordination de l'HAD-R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les soins d'hygiène et de confort réalisés par les aides-soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec les aides-soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins techniques réalisés par les infirmiers libéraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec les infirmiers libéraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le soutien apporté à l'aidant principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La rédaction de vos directives anticipées vous a-t-elle été proposée ?  oui  non

### LA PRISE EN SOIN PSYCHO-SOCIALE



Avez-vous rencontré le psychologue de l'HAD ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Si oui, êtes-vous satisfait de l'aide apportée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous rencontré l'assistant du service social de l'HAD ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Si oui, êtes-vous satisfait de l'aide apportée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

Avez-vous été douloureux pendant votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A-t-on évalué régulièrement votre douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous reçu un traitement efficace contre la douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, votre traitement a-t-il été modifié ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

