

NE PAS AGRAFER, NE PAS PLIER, NE PAS PHOTOCOPIER

Afin de faciliter la saisie des questionnaires nous vous remercions de bien vouloir utiliser un crayon de couleur noire, de respecter les consignes de remplissage et de ne pas écrire dans les marges. En cas d'erreur merci de bien vouloir noircir complètement la case erronée.



Votre avis nous intéresse

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et de le transmettre à la fin de votre séjour à un personnel de l'unité ou de nous le faire parvenir à l'adresse suivante :

HAD PsyDom 31
Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
134, route d'Espagne
31057 Toulouse cedex 1

Nom-Prénom : *Facultatif*

ACCUEIL

Etes-vous satisfait de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Du premier contact avec l'unité d'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information qui vous a été donnée sur le fonctionnement de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rôle de la secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS

Etes-vous satisfait de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La discrétion du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité globale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'information médicale qui vous a été donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'écoute que vous a accordée l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la prise en charge spécifique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rôle de l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes concerné, êtes-vous satisfait du matériel médical qui vous est fourni (lit médicalisé, potence...) et de son entretien ? Oui Non

ORGANISATION

Etes-vous satisfait de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Du délai pour être admis en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la facilité à rencontrer le médecin de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect des horaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation de l'accès 24 heures / 24 aux soins et à l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la préparation à la sortie de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation du relais de prise en charge après l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité de votre séjour globalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date de la fin de la prise en charge en HAD : / /

Vos remarques :