

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

Vous avez eu l'occasion de participer à la prise en soins d'un patient dans le cadre d'une Hospitalisation A Domicile (Centre Hospitalier de Béziers). Afin d'améliorer notre qualité de prise en charge, nous vous remercions de nous apporter vos appréciations.

Le questionnaire, une fois complété, peut être remis au personnel soignant de l'HAD, placé dans le classeur ou bien adressé au :

**Centre Hospitalier de Béziers -
Direction des Affaires juridiques, des Relations usagers et de la Psychiatrie (DJRP)
2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**



Si vous le souhaitez, vous pouvez retrouver le questionnaire sur notre site web, www.ch-beziers.fr ou y répondre en ligne en scannant ce QR Code.

VOUS CONNAITRE

Localisation de la prise en charge : Secteur Béziers Secteur Bédarieux

Connaissiez-vous le service de l'HAD du Centre Hospitalier de Béziers ?

Oui Non

Si oui, comment ? Déjà travaillé avec le service d'HAD Media /presse Internet Bouche à oreille Autre :

Votre profession : infirmier kinésithérapeute autre :

**Merci de cocher la case convenant
à votre niveau de satisfaction**

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	Non concerné
QUALITÉ DES RELATIONS AVEC L'HAD					
Avez-vous été satisfait :					
• de la qualité des informations qui vous ont été données sur le fonctionnement de l'HAD ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• du délai de réception de la convention établie et du projet de soins entre vous et l'HAD ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• du délai de réponse aux appels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de la qualité des informations données ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de la politesse et l'amabilité du personnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de l'attention portée à vos attentes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COLLABORATION AVEC L'HAD					
Avez-vous été satisfait :					
• des échanges et disponibilités de l'équipe ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de la qualité des informations données ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de l'attention portée à vos attentes et la réactivité face à une demande ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• des informations sur le projet de soins du patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• de l'organisation et la coordination des soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• des informations reçues sur l'évolution de la prise en charge du patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	Non concerné
---	---	---	---	--------------

MOYENS MIS A DISPOSITION

Avez-vous été satisfait :

- du dossier patient ?
- du matériel proposé ?
- de l'adaptation du matériel à la prise en charge ?
- de la qualité du matériel ?
- des délais de livraison ?
- des informations / formations données sur le dispositif médical et/ou pratique, technique de soins ?

<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

Avez-vous eu besoin de recevoir des informations concernant l'utilisation d'un dispositif médical ou une pratique, technique de soins pendant la prise en charge du patient ? OUI NON

- Si oui, avez-vous reçu les informations de la part de l'équipe de l'HAD ? OUI NON

- Si oui, de quel dispositif médical ou pratique s'agissait-il ?

ORGANISATION DE LA SORTIE DU PATIENT

Avez-vous bien reçu l'information quant à la sortie d'HAD du patient ?

OUI NON Non Adapté

Si oui, avez-vous été satisfait :

- des informations données ?
- de la qualité de l'organisation de la sortie du patient ?

 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUALITÉ DE L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Avez-vous été satisfait de l'ensemble des prestations ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

REMARQUES ET SUGGESTIONS

Date :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire, soyez assuré de votre contribution essentielle à notre démarche qualité !

Direction des Affaires juridiques, des Relations usagers et de la Psychiatrie (DJRP)

Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr



suivez-nous sur :



Lieu de santé sans tabac 