**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES USAGERS A 8 JOURS**

**VERSION PAPIER DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION A 8 JOURS (À utiliser en mode dégradé) :**

Etiquette patient : Site :

Nom de la Secrétaire : Date : Heure :

Interlocuteur : Patient : Entourage :

***Eléments de langage :***

*Je suis………………… la secrétaire de l’HAD, notre équipe intervient à votre domicile depuis une petite semaine (ajuster selon les cas).*

*Je vous appelle pour connaitre votre avis sur votre prise en charge, voir avec vous si vous êtes satisfait ou non, s’il y a des points que nous pourrions améliorer.*

Acceptez-vous de répondre à quelques questions : OUI 󠄅 󠄅󠄅 NON 󠄅󠄅

|  |  |
| --- | --- |
| Thème | Domaine |
|  |  | Très satisfaisait**☺☺** | Satisfait**☺** | Peu satisfait**😐** | Pas satisfait**😐** | Non ConcernéNC |
| Votre retour à domicile | Les informations qui vous ont été données |  |  |  |  |  |
| L’organisation (matériel, horaire)  |  |  |  |  |  |
| Vos soins | Réalisés par les Aides-soignantes |  |  |  |  |  |
| Réalisés par les Infirmiers libéraux |  |  |  |  |  |
| Vos médicaments | L’organisation vous convient-elle ? |  |  |  |  |  |
| Votre douleur | L’équipe est-elle attentive ? |  |  |  |  |  |
| Vos relations avec notre équipe | Disponibilité |  |  |  |  |  |
| Amabilité |  |  |  |  |  |
| Efficacité |  |  |  |  |  |
| Votre prise en charge sociale | Evaluée et organisée par l’assistante sociale |  |  |  |  |  |
| Votre prise en charge | Globalement |  |  |  |  |  |

* Vous manque-t-il quelque chose qui améliorerait votre prise en charge :

Savez-vous à quel n° nous appeler : oui 󠄅󠄅 non 󠄅󠄅 (Repréciser les coordonnées tel de l'HAD)

*Nous ferons le maximum pour que tout se passe bien, n’hésitez pas à nous contacter*

*Pour le RE : Retour d’information en réunion de synthèse le : / /*