



Madame, Monsieur,

Vous êtes pris en charge au Centre Hospitalier du Gers, et votre avis nous intéresse. Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire : la satisfaction que vous exprimerez sera un encouragement pour l'équipe qui vous a entouré ; les critiques que vous serez amené à faire nous permettront d'améliorer notre prestation. Vos réponses sont anonymes. Nous vous souhaitons un complet rétablissement.

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS pour nous aider à mieux vous connaître

Si vous ne souhaitez pas ou n'êtes pas actuellement en mesure de répondre à ce questionnaire :

Merci de cocher cette case

Vous êtes :

Un homme Une femme

Votre âge :

Moins de 18 ans de 18 à 40 ans de 41 à 65 ans de 66 à 80 ans plus de 80 ans

Dates du séjour : du __/__/__ au __/__/__

Aidez-nous à faire plus et mieux en répondant à cette enquête sur votre séjour

Quelle a été votre IMPRESSION GENERALE sur votre PRISE EN CHARGE en HAD ?

Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

Les professionnels vous ont-ils informé(e) de vos DROITS et DEVOIRS (désignation d'une personne de confiance, accès à votre dossier médical...) ?

Oui En partie Non Ne sait pas

Les professionnels vous ont-ils remis le REGLEMENT INTERIEUR de l'HAD ?

Oui Non Ne sait pas

Avez-vous été informé(e) de vos CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE par l'HAD (contrat de soins) ?

Oui Non Ne sait pas

Globalement, êtes-vous satisfait(e) des INFORMATIONS qui vous ont été données ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Vous pouvez noter ici vos REMARQUES concernant les INFORMATIONS qui vous ont été données :

Etes-vous satisfait(e) de la manière dont le personnel du service s'est occupé de vous et de l'ATTENTION qu'il vous a porté(e) ?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

Etes-vous satisfait(e) des RENCONTRES que vous avez pu avoir avec VOTRE MEDECIN (psychiatre référent) pendant votre hospitalisation à domicile ?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

Etes-vous satisfait(e) de la FREQUENCE des rencontres avec votre MEDECIN (psychiatre référent) pendant votre hospitalisation à domicile ?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

Etes-vous satisfait(e) de l'accès que vous avez pu avoir à d'AUTRES PROFESSIONNELS (assistant social, ergothérapeute, art-thérapeute,...) pendant votre hospitalisation ?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Peu satisfait(e)

Pas du tout satisfait(e)

Non concerné(e)

Si peu ou pas du tout satisfait(e), précisez pourquoi svp :

Si vous avez eu une DOULEUR PHYSIQUE, estimez-vous qu'elle a été soulagée de façon satisfaisante ?

Oui

Non

Pas de douleur physique

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous... ?

Beaucoup mieux

Mieux

Pareil : ni mieux ni moins bien

Moins bien

Beaucoup plus mal

Vous pouvez noter ici vos REMARQUES ou COMMENTAIRES éventuels sur votre séjour :

Cadre réservé à l'administration, ne pas compléter svp

Type d'enquête

Questionnaire de sortie

Enquête de satisfaction un jour donné