



Enquête patient HAD

En prenant quelques minutes pour répondre aux questions suivantes, vous nous permettez de recueillir votre expérience et ainsi d'améliorer notre prestation.

En complément, vous pouvez nous écrire à l'adresse électronique contact@groupe-adene.com.

Cette enquête a été complétée par

- Le patient Un membre de l'entourage du patient Les deux

Votre site de rattachement

- Alès Lyon Montpellier Nîmes Saint-Étienne

La prise en charge concerne un patient

- En pédiatrie Adulte En périnatalité

Pour chaque question, nous vous remercions de cocher la case sous l'émoticône correspondant à votre niveau de satisfaction.



Tout au long de votre prise en charge, avez-vous pu joindre facilement le groupe Adène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous la ponctualité, la présentation, la politesse et le comportement général des collaborateurs du groupe Adène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos attentes et vos demandes ont-elles été correctement prises en compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous obtenu facilement des informations sur votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité, le secret professionnel et votre dignité ont-ils été respectés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le matériel mis à votre disposition vous a-t-il donné satisfaction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La documentation qui vous a été remise a-t-elle été utile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez sollicité l'astreinte, avez-vous été satisfait de votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez-vous que votre suivi médical a été facilité par votre prise en charge en HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considérez-vous que la prise en charge de votre douleur a été satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment évaluez-vous la préparation et l'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre niveau de satisfaction globale sur la prise en charge du groupe Adène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant le séjour en HAD, vous ou votre proche avez bénéficié d'un accompagnement par un psychologue ?

- Oui Non Non concerné

Si oui, qui a été concerné par cet accompagnement ?

- Votre proche Vous-même Les deux

Avez-vous été satisfait de la qualité de l'accompagnement réalisé par le psychologue ?

- Oui Non

Tournez SVP



Enquête patient HAD

Durant le séjour en HAD, vous ou votre proche avez bénéficié d'un accompagnement par notre service social ?

Oui Non Non concerné

Si oui, avez-vous été satisfait de la qualité de l'accompagnement par l'assistante sociale ?

Oui Non

Si non, pour laquelle des raisons ci-après n'êtes-vous pas satisfait ?

Pas d'information sur vos droits Pas d'accompagnement à l'instruction de vos demandes d'aide

D'une manière générale, avez-vous des suggestions ou remarques ?

.....
.....
.....

Recommanderiez-vous le groupe Adène à vos proches ou vos connaissances ?

Oui Non

Souhaitez-vous être rappelé par un membre de l'équipe afin d'échanger sur votre expérience ?

Oui Non

Si vous souhaitez être recontacté, veuillez préciser vos coordonnées :

Nom, prénom :

Téléphone :

Adresse électronique :

Nous vous remercions d'avoir répondu à cette enquête.