GRILLE ENTRETIEN TELEPHONIQUE A DESTINATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS

SITE HAD : ☐ CALAIS ☐ SAINT-OMER ☐ DOUAI ☐ CAMBRAI ☐ DUNKERQUE

Nom et prénom du représentant d'usager : **Signature** :

Date : **La personne ayant répondu à ce questionnaire** : ☐ Patient ☐ Entourage

Profil du patient : ☐ En cours de PEC ☐ En fin de PEC ☐ Décédé

Information reçue par courrier et recueil de consentement : ☐ Oui ☐ Non

1. Remise du livret d'accueil au patient et à son entourage.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

2. Respect du consentement du patient lors de son entrée en HAD.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

3. Informations reçues sur la possibilité de désigner une personne de confiance.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

4. Informations reçues sur le rôle de la personne de confiance.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

5. Informations reçues concernant l'organisation du séjour et des soins.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

Si oui, étaient-elles claires et complètes ?

……
……
……

6. Formulation des volontés / souhaits durant le séjour en HAD.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

Si oui, ont-elles été respectées ?

……
……
……

7. Informations reçues sur l'état de santé du patient durant le séjour en HAD.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

8. Explications apportées au patient sur les soins prodigués.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

9. Adaptation du matériel aux besoins du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

10. Respect de la prise en charge de la douleur du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……...

11. A) Respect des horaires de passage au domicile.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……...

10. B) Information du patient en cas de retard important (supérieur à 30 minutes).

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……...

11. Satisfaction de la gestion et collecte des déchets au domicile du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

12. Respect de l'intimité du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

13. Respect de la dignité du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

14. Respect de la confidentialité des informations personnelles du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

15. Respect de la vie privée du patient.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

16. Informations reçues sur le droit du patient à accéder à son dossier médical.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

17. Expression de réclamations ou plaintes durant le séjour du patient en HAD.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

Si oui, ont-elles eu des réponses adaptées ?

……
……
……

18. Satisfaction du relais en fin de prise en charge HAD.

☐ Oui ☐ Non ☐ Non réponse ☐ Non applicable

……
……
……

Remarques, commentaires et suggestions d'amélioration sur le séjour du patient en HAD :