



## Enquête patient HAD

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

En complément, vous pouvez nous écrire à l'adresse électronique [contact@groupe-adene.com](mailto: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 votre niveau de satisfaction.*



Tout au long de votre prise en charge, avez-vous pu joindre facilement le groupe Adène ?

Comment jugez-vous la ponctualité, la présentation, la politesse et le comportement général des collaborateurs du groupe Adène ?

Vos attentes et vos demandes ont-elles été correctement prises en compte ?

Avez-vous obtenu facilement des informations sur votre traitement ?

La confidentialité, le secret professionnel et votre dignité ont-ils été respectés ?

Le matériel mis à votre disposition vous a-t-il donné satisfaction ?

La documentation qui vous a été remise a-t-elle été utile ?

Si vous avez sollicité l'astreinte, avez-vous été satisfait de votre prise en charge ?

Estimez-vous que votre suivi médical a été facilité par votre prise en charge en HAD ?

Considérez-vous que la prise en charge de votre douleur a été satisfaisante ?

Comment évaluez-vous la préparation et l'organisation de votre sortie ?

Quel est votre niveau de satisfaction globale sur la prise en charge du groupe Adène ?

*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 ?*

Oui       Non

*Avez-vous des suggestions ou remarques à nous transmettre ?*



## 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 ?*

Oui       Non

*Si non, pour quelles raisons ?*

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

*Avez-vous des suggestions ou remarques ?*

---

---

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

Oui       Non

*Souhaitez-vous compléter vos réponses ?*

---

---

*Souhaitez-vous être rappelé ?*

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.