



## Dispositif HANDIACCES 22

Etes-vous satisfait :



Très



Normal



Peu



Pas du tout

1/ De votre accueil, votre écoute par le dispositif HANDIACCES 22 ?

2 / De la réponse du dispositif à votre demande ?

**Le dispositif HANDIACCES 22 a-t-il permis de faciliter votre accès aux soins ?**

Votre opinion nous aidera à améliorer la prise en charge des patients.

Oui

Non

Autres commentaires : .....

.....

.....

**NOTE :**      /10

**Questionnaire de satisfaction**

**HANDIACCES 22**

Madame, Monsieur,

Nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour répondre à cette enquête.

Ce document est à remplir sur place, ou à expédier :

→ **HANDIACCES 22, 36 chemin de Kerpuns, 22500 PAIMPOL.**

Questionnaire également disponible sur : [www.ch-paimpol.com](http://www.ch-paimpol.com)



Age : Sexe :  H  F

Le délai de prise en compte de votre demande par HANDIACCES 22 a été de :

- 24 h
- 48h
- 72h
- Plus :.....

Lieu de vie :

- Milieu ordinaire, dans ma famille
- Milieu ordinaire, seul
- Milieu ordinaire, avec accompagnement médico-social
- En établissement médico-social

Questionnaire complété par :

- Le patient
- Un aidant familial
- Professionnel, établissement...

Motif de recours au dispositif HANDIACCES 22 :

- Echec de soins  
Quelle(s) consultation(s) ?.....
- Echec architectural
- Refus de prise en charge/ Pas de prise en charge trouvée
- Simplifier le parcours de soins en regroupant plusieurs soins

Vers quel(s) professionnel(s) ou établissement(s) avez-vous été orienté et pris en charge ?

- Professionnel libéral  
Quelle profession ? .....
- Hôpital  
Lequel : .....
- Etablissement privé  
Lequel : .....
- Autres  
Préciser : .....

Prise en charge par le professionnel, établissement de soins :

Etes-vous satisfait :



- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 / De votre accueil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2/ De la signalisation et de l'accessibilité des locaux   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3/ De la qualité des soins  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4/ Des informations et explications fournies :  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5/ De la prise en compte du handicap pendant le(s) soin(s), consultation(s), hospitalisation(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |