

EVALUATION DE L'EXPERIENCE PATIENT

Donnez votre avis sur votre parcours OCTAVE

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'un accompagnement spécifique dans le cadre de votre chirurgie. Ce parcours se nomme OCTAVE : **O**rganisation **C**oordination **T**raitements **Â**gé **V**ille **É**tablissements de **S**anté.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur votre parcours avant, pendant et après l'hospitalisation. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Vos réponses sont importantes. Elles permettront à vos professionnels de santé de connaître les points positifs de votre parcours et ceux qu'ils peuvent améliorer, mais aussi de leur attribuer une note de satisfaction.

Les proches/aidants peuvent répondre à la place ou avec une personne en incapacité de le faire (personne diminuée physiquement, psychologiquement, sous tutelle...).

Les réponses seront traitées de manière totalement anonyme et dans le respect de la réglementation en vigueur et du règlement général sur la protection des données (RGPD).

GENERALITES

1) Sélectionnez la ville où vous avez été hospitalisé :

- Angers
- Brest
- Château-Gontier
- Cholet
- Fontenay-le-Comte
- Fougères
- Le Mans
- Quimper
- Rennes
- Saint-Malo
- Saint-Nazaire
- Vannes

2) Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

3) Quelle est votre tranche d'âge ?

Entre 65 et 69 ans

Entre 70 et 74 ans

Entre 75 et 79 ans

Entre 80 et 84 ans

84 ans et plus

4) Quand on vous a proposé de bénéficier du parcours OCTAVE, vous étiez :

Seul(e) à domicile

En famille à domicile

En maison de retraite

En foyer logement

Autre

5) Avant le parcours OCTAVE, aviez-vous un pharmacien habituel ?

Oui

Non

6) Au cours de votre prise en charge, vous avez bénéficié d'une chirurgie :

Digestive

Orthopédique

ORL (nez, gorge, oreilles)

Vasculaire

Urologique

7) Suivez-vous actuellement un traitement médical avec la prise de médicaments ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

8) De quoi souffrez-vous actuellement ? (plusieurs réponses possibles)

- Maladies infectieuses
- Tumeurs (ex : cancer)
- Maladies du sang (ex : leucémie, lymphome)
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (ex: diabète)
- Troubles mentaux et du comportement (ex : dépression)
- Maladies du système nerveux (ex: Parkinson)
- Maladies de l'œil (ex : glaucome)
- Maladies de l'oreille
- Maladies de l'appareil circulatoire (ex : hypertension)
- Maladies de l'appareil respiratoire (ex : asthme, BPCO)
- Maladies de l'appareil digestif
- Maladies de la peau
- Maladies des articulations et des muscles
- Maladies de l'appareil génito-urinaire

AVANT VOTRE HOSPITALISATION

9) Lors de vos rendez-vous à l'hôpital, avez-vous reçu des informations sur le parcours OCTAVE ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

10) Si oui, avez-vous eu un document explicatif ? (document d'information, livret...)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11) Vous a-t-on demandé votre accord pour participer au parcours OCTAVE ? ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

12) Lors de votre premier rendez-vous avec votre pharmacien, avez-vous reçu des informations sur le parcours OCTAVE ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

13) **AVANT** votre hospitalisation, vous avez consultés :

- Médecin (médecin traitant)
- Médecin spécialiste (cardiologue, psychiatre...)
- Secrétaire médical(e)
- Chirurgien
- Anesthésiste
- Infirmier libéral
- Pharmacien de ville
- Kinésithérapeute de ville

PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

14) **PENDANT** votre hospitalisation, vous avez rencontré :

- Médecin
- Médecin spécialiste (cardiologue, psychiatre...)
- Secrétaire médical(e)
- Chirurgien
- Anesthésiste
- Infirmier
- Pharmacien
- Kinésithérapeute

15) **AVANT VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL**, avez-vous eu un échange sur vos médicaments, avec un professionnel de santé ?

- Oui
- Non

16) **Si OUI** lequel :

- Médecin
- Médecin spécialiste (cardiologue, psychiatre...)
- Secrétaire médical(e)
- Chirurgien
- Anesthésiste
- Infirmier
- Pharmacien
- Kinésithérapeute
- Ne sait pas

17) Avez-vous compris les informations transmises sur vos médicaments au cours de cet échange :

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas suffisamment
- Non pas du tout

18) **AVANT VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL**, vous a-t-on informés des prochains rendez-vous que vous alliez avoir avec votre pharmacien, médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute... ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas suffisamment
- Non pas du tout

19) Concernant vos échanges avec les professionnels de santé **PENDANT VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL** vous êtes :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement satisfait
- Pas du tout satisfait

APRÈS VOTRE HOSPITALISATION

20) **APRÈS** votre hospitalisation, vous avez consulté votre :

- Médecin généraliste (médecin traitant)
- Médecin spécialiste (cardiologue, psychiatre...)
- Infirmier libéral
- Pharmacien de ville
- Kinésithérapeute
- Chirurgien

21) Concernant votre suivi par les professionnels de santé **APRÈS** hospitalisation, vous êtes :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement satisfait
- Pas du tout satisfait

PARCOURS OCTAVE

PARCOURS OCTAVE : évaluer votre expérience !

22) **GLOBALEMENT** au cours de votre accompagnement OCTAVE, avez-vous été associé aux décisions concernant vos soins et traitements ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas suffisamment
- Non pas du tout

23) Aujourd'hui, comprenez-vous davantage vos traitements médicamenteux ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas suffisamment
- Non pas du tout

24) Avez-vous le sentiment que ces échanges, en lien avec vos médicaments **AVANT**, **PENDANT** et **APRÈS** votre séjour à l'hôpital, contribuent à mieux vous accompagner ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas suffisamment
- Non pas du tout

25) Globalement, sur une échelle de 1 à 10, quel est votre degré de satisfaction ?

1= très mauvais

10 = excellent



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26) Citez une chose qui permettrait d'améliorer votre prise en charge :

27) Vous avez rempli ce questionnaire :

- Seul
- Avec un membre de votre famille
- Avec un ami
- Avec un professionnel de santé (si oui lequel) :

Merci de retourner ce document dans les meilleurs délais :

- Par mail : **contact@octave51.fr**
- Par voie postale : **Association OCTAVE, 13^E boulevard Solférino, 35000 RENNES**