



Questionnaire de satisfaction

n°PUI : _____ n° Questionnaire : _____

Vous concernantVous êtes le patient : Oui, je suis : mineur majeur NonVous êtes le représentant légal du patient mineur : Oui Non

Catégorie socio-professionnelle du patient majeur ou du/des représentants légaux pour le patient mineur :

 Agriculteur Artisans, commerçants, chefs d'entreprise Cadres et professions intellectuelles supérieures Prof. intermédiaires (ex : enseignement, IDE, travail social) Employés Ouvriers Retraités**Concernant le patient**Âge du patient : 0-10 ans 11-18 ans 19-30 ans 31-40 ans 41-50 ans 51-60 ans 61-70 ans 71-80 ans + 81 ansSexe du patient : Féminin Masculin

Code postal de résidence: _____ Commune : _____

Code postal du lieu de travail: _____ Commune : _____

Concernant la pathologieAnnée du diagnostic : _____ ne sait pasHandicap reconnu : oui : _____% invalidité non ne sait pas Hémophilie A Hémophilie BPréciser la présence actuelle d'un inhibiteur : Oui NonPréciser la sévérité : mineure (>5%) modérée (entre 1 et 5%) majeure (<1%) Femme conductrice d'hémophilie à taux bas Maladie de Willebrand : préciser Type 1 Type 2 Type 3 Autres déficits en faveur de la coagulation : Fibrinogène F XIII Autre : _____ Ne sait pas**Concernant le traitement antihémorragique**

Dose par injection : _____ UI/mg (unité à entourer) Poids : _____ Kg

Si prophylaxie :

Rythme d'injection : 1 fois / semaine 2 fois / semaine 3 fois / semaine Tous les jours Autre : _____

Si traitement à la demande :

Fréquence de retrait au cours des 12 derniers mois : 1 fois 2 fois + de 2 foisPour quel(s) motif(s) : Dose périmée Urgence Autre : _____**Concernant le ressenti global vis-à-vis de l'accessibilité au traitement antihémorragique**

Diriez-vous que vous êtes globalement ... ?

 Tout à fait satisfait Plutôt satisfait Plutôt pas satisfait Pas du tout satisfait**Concernant votre ressenti global vis-à-vis de l'accessibilité à l'ordonnance et à son renouvellement ?**

Diriez-vous que vous êtes globalement ... ?

 Tout à fait satisfait Plutôt satisfait Plutôt pas satisfait Pas du tout satisfait

Concernant les conditions d'accès à la pharmacie hospitalière

Rencontrez-vous des difficultés pour vous rendre à la pharmacie hospitalière, compte tenu :

- Des conditions de circulation De votre condition physique
 Des difficultés de stationnement : le stationnement est-il payant ? Oui Non

Si vous êtes majeur, vous déplacez-vous personnellement ?

- Oui, je m'y rends seul Famille Amis Professionnel de santé
 Oui avec un aidant, préciser : Famille Amis Professionnel de santé
 Non, un aidant s'y rend pour moi : Famille Amis Professionnel de santé

Avez-vous besoin d'une aide technique pour vous déplacer ?

- Oui, préciser : Fauteuil roulant Béquilles / canne Autre
 Non

Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous y rendre ?

- En voiture En transport en commun Taxi Ambulance / VSL A pied Autre moyen

Concernant les temps d'accès à la pharmacie hospitalière

Quelle est la durée moyenne de trajet jusqu'à la pharmacie hospitalière depuis :

- Votre domicile : ____ minutes
- Votre lieu de travail : ____ minutes

Quel est le temps estimé à l'hôpital pour réaliser les démarches administratives ? ____ minutes

Quel est le temps d'attente estimé à la pharmacie hospitalière avant la dispensation de médicament ? ____ minutes

Au total,

Quel est le temps estimé à la rétrocession de médicaments, trajet aller-retour compris ? ____ minutes

Diriez-vous que ce temps de trajet vous semble ... ?

- Tout à fait satisfaisant Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Quel serait le temps de trajet maximum acceptable pour rejoindre votre pharmacie hospitalière ? ____ minutes

Concernant la disponibilité de votre pharmacie hospitalière

Les horaires d'ouverture de votre pharmacie vous semble ... ?

- Tout à fait satisfaisant Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Les temps d'attente de votre pharmacie vous semble ... ?

- Acceptable Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

L'ergonomie (salle d'attente, accès dans l'hôpital, accès handicapé) de votre pharmacie vous semble ... ?

- Tout à fait satisfaisant Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Le respect de la confidentialité de votre pharmacie vous semble ... ?

- Tout à fait satisfaisant Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Quels sont les critères de choix de la PUI dans laquelle s'effectue la rétrocession de vos médicaments ?

- Proximité du domicile Proximité du travail Autre

Concernant les améliorations du service

L'accès au traitement serait-il amélioré si la délivrance était effectuée en pharmacie d'officine ? Oui Non

Merci pour votre participation.