

## SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS À EAST END COMMUNITY HEALTH CENTRE

Nous vous demandons de remplir ce sondage parce que vous avez eu un rendez-vous à East End Community Health Centre il n'y a pas longtemps. Vos réponses aux questions du sondage nous aideront à améliorer les soins que nous offrons. Vous aurez besoin d'environ 5 minutes pour répondre aux six sections du sondage.

Vous n'êtes pas obligé de remplir ce sondage et toutes vos réponses resteront confidentielles.

### A. Remplissez-vous ce sondage pour vous-même ou pour une autre personne?

- Je remplis ce sondage pour moi-même.
- Je remplis ce sondage pour une autre personne.

### B. Si vous remplissez ce sondage pour une autre personne, pour qui le faites-vous?

- Je remplis ce sondage pour un membre de ma famille ou un ami.
- Je remplis ce sondage pour le patient ou le client.
- Autre personne (*décrivez votre lien avec le patient, n'inscrivez pas votre nom*) : \_\_\_\_\_

### Section 1 : Nous joindre

<b>Q1.</b>	<b>Comment avez-vous pris votre plus récent rendez-vous?</b>					
	<input type="radio"/> Je n'avais pas de rendez-vous – Je me suis tout simplement rendu(e) sur place <b>(PASSEZ À LA QUESTION Q2b).</b> <input type="radio"/> J'ai appelé. <input type="radio"/> J'ai envoyé un message électronique. <input type="radio"/> J'ai pris mon rendez-vous à ma dernière visite. <input type="radio"/> Vous m'avez appelé(e). <input type="radio"/> Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) : _____					
<b>Q2.</b>	<b>Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?</b>	Mauvais	Acceptable	Bon	Très bon	Excellent
<b>a.</b>	Le temps entre le moment où vous avez pris votre rendez-vous et votre visite d'aujourd'hui.	<input type="radio"/>				
<b>b.</b>	L'accès <u>général</u> au bureau ou à la clinique	<input type="radio"/>				

## Section 2 : Arrivée et attente au bureau ou à la clinique

En pensant à la visite que vous venez d'avoir ...

<b>Q3.</b>	<b>Combien de temps avez-vous attendu dans la zone de réception après votre rendez-vous?</b>
	<input type="radio"/> Moins de 5 minutes <input type="radio"/> 5 à 10 minutes <input type="radio"/> 11 à 20 minutes <input type="radio"/> 21 à 30 minutes <input type="radio"/> Plus de 30 minutes <input type="radio"/> Je n'ai pas pris de rendez-vous

Pensez encore à votre plus récente visite...

<b>Q4.</b>		Mauvais	Acceptable	Bon	Très bon	Excellent
<b>a.</b>	Le temps d'attente à la réception / dans la salle d'attente	<input type="radio"/>				
<b>b.</b>	Votre expérience générale avec les employés à la réception	<input type="radio"/>				
<b>c.</b>	Le temps d'attente dans la salle d'examen avant de parler de la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé.	<input type="radio"/>				

## Section 3 : Votre rendez-vous

Pensez encore à votre plus récente visite...

<b>Q5.</b>		Mauvais	Acceptable	Bon	Très bon	Excellent
<b>a.</b>	Il connaissait votre histoire médicale	<input type="radio"/>				
<b>b.</b>	Il était à l'écoute de vos préoccupations.	<input type="radio"/>				
<b>c.</b>	Il utilisait des mots que vous pouviez comprendre.	<input type="radio"/>				
<b>d.</b>	Il a expliqué les choses d'une manière facile à comprendre.	<input type="radio"/>				
<b>e.</b>	Il a écouté vos besoins et vos préférences.	<input type="radio"/>				
<b>f.</b>	Il vous a traité avec dignité et respect.	<input type="radio"/>				
<b>g.</b>	Il vous a donné des directives claires sur ce que vous deviez faire après votre visite.	<input type="radio"/>				
<b>h.</b>	Votre expérience globale lorsque vous avez expliqué la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé.	<input type="radio"/>				

### Section 4 : Expérience globale lors de votre plus récente visite

Q6.	Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?	Mauvais	Acceptable	Bon	Très bon	Excellent
a.	La propreté générale du bureau / de la clinique	<input type="radio"/>				
b.	Votre confort général dans le bureau / la clinique	<input type="radio"/>				
c.	Votre confiance envers le médecin / le ou les fournisseurs de soins de santé que vous avez vu(s) durant votre visite.	<input type="radio"/>				
d.	Votre confiance envers les renseignements sur votre santé étaient protégés comme vous vous y attendez.	<input type="radio"/>				
e.	Votre expérience suite à votre visite chez nous.	<input type="radio"/>				

### Section 5 : Vos autres visites chez nous au cours de la dernière année

Les premières questions ressemblent à celles qu'on vous a déjà posées, mais au lieu de réfléchir à votre plus récente visite, pensez de façon plus globale à vos visites chez nous **AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE.**

Q7.	La dernière fois que vous avez été malade ou qu'un problème de santé vous inquiétait...		
a.	Avez-vous eu un rendez-vous à la date voulue?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
b.	La dernière fois que vous avez été malade ou qu'un problème de santé vous inquiétait. Combien de jours se sont passés entre le moment où vous avez essayé de prendre rendez-vous avec votre médecin ou votre infirmier praticien et le moment où vous L'AVEZ VU ou avez vu une autre personne de son bureau?	<input type="radio"/> Vous avez eu un rendez-vous la même journée. <input type="radio"/> Vous avez eu un rendez-vous le lendemain. <input type="radio"/> 2 à 19 jours (écrivez le nombre de jours: _____) <input type="radio"/> 20 jours ou plus <input type="radio"/> Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire)	

Q8.	Lorsque vous rendez visite à votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que cette personne ou une autre personne du bureau...	Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire)	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a.	vous laisse poser des questions sur le traitement recommandé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	vous inclus autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	passé assez de temps avec vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Q9.</b>	<p><b>Sur un autre sujet, la dernière fois que vous avez eu besoin de soins médicaux en soirée, la fin de semaine ou un jour férié, avez-vous trouvé facile d'obtenir des soins sans aller au service des urgences?</b></p>	Très difficile <input type="radio"/>	Un peu difficile <input type="radio"/>	Un peu facile <input type="radio"/>	Très facile <input type="radio"/>	Sans objet <input type="radio"/>
------------	---	---	---	--	--------------------------------------	-------------------------------------

<b>Q10.</b>	<p><b>Je me sens toujours à l'aise et le/la bienvenu(e) au East End CHC</b></p>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
-------------	---	---------------------------	---------------------------

### Section 6 : Contexte / Renseignements démographiques

<b>Q11.</b>	<p>Généralement, comment évaluez-vous votre santé?</p>	Mauvaise <input type="radio"/>	Acceptable <input type="radio"/>	Bonne <input type="radio"/>	Très bonne <input type="radio"/>	Excellente <input type="radio"/>
-------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Q12.</b>	<p>Depuis combien de temps venez-vous nous voir pour obtenir des soins de santé?</p>
	<p> <input type="radio"/> Moins de six mois  <input type="radio"/> Six mois à un an  <input type="radio"/> Un an à trois ans  <input type="radio"/> Trois ans à cinq ans  <input type="radio"/> Plus de cinq ans         </p>

<b>Q13.</b>	<p>Combien de fois êtes-vous venu nous voir au cours de la dernière année pour vos soins médicaux? (Répondez du mieux que vous pouvez.)</p>
	<p> <input type="radio"/> Une fois  <input type="radio"/> Deux fois  <input type="radio"/> Trois fois  <input type="radio"/> Quatre fois  <input type="radio"/> Cinq fois ou plus         </p>

<b>Q14.</b>	<p>Est-ce que vous recommanderiez nos services à votre famille ou à vos amis? Cochez <b>UNE</b> seule réponse.</p>
	<p> <input type="radio"/> Pas du tout  <input type="radio"/> Probablement pas  <input type="radio"/> Probablement  <input type="radio"/> Tout à fait         </p>

**Répondez aux questions suivantes,  
si vous voulez donner d'autres commentaires.**

**COMMENTAIRES (SECTION OPTIONNELLE)**

Pensez à votre expérience générale lorsque vous prenez rendez-vous au bureau / à la clinique.

**a.** Écrivez deux choses qui ont été bien faites.

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b.** Écrivez deux choses qui pourraient être améliorées.

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres commentaires ou renseignements qui pourraient nous aider à améliorer la façon dont nous offrons les soins?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli notre sondage.**