

SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS EN MATIÈRE DE SOINS PRIMAIRES

Nous vous demandons de remplir ce sondage parce que vous avez eu un rendez-vous à

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

Q1. Comment avez-vous pris votre plus récent rendez-vous?

- Je n'avais pas de rendez-vous – Je me suis tout simplement rendu(e) sur place
(PASSEZ À LA QUESTION Q2b).
- J'ai appelé.
- J'ai envoyé un message électronique.
- J'ai pris mon rendez-vous à ma dernière visite.
- Vous m'avez appelé(e).
- Autre (veuillez préciser) : _____

Q2. Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?

- a. Le temps entre le moment où vous avez pris votre rendez-vous et votre visite d'aujourd'hui.
- b. L'accès général au bureau ou au centre.

| | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SECTION 2 : ARRIVÉE ET ATTENTE AU BUREAU OU AU CENTRE

Pensez encore à votre plus récente visite...

Q3. Quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?

- a. Le temps d'attente à la réception / dans la salle d'attente.
- b. Votre expérience générale avec les employés à la réception.
- c. Le temps d'attente dans la salle d'examen avant de parler de la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé.

| | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SECTION 3 : VOTRE RENDEZ-VOUS

Pensez encore à votre plus récente visite...

Q4. Pensez au PRINCIPAL fournisseur de soins de santé à qui vous avez parlé durant votre visite. Quelle note lui donnez-vous par rapport aux aspects suivants (de mauvais à excellent)?

- a. Il connaissait votre histoire médicale.
- b. Il était à l'écoute de vos préoccupations.
- c. Il utilisait des mots que vous pouviez comprendre.
- d. Il a expliqué les choses d'une manière facile à comprendre.
- e. Il a écouté vos besoins et vos préférences.
- f. Il vous a traité avec dignité et respect.
- g. Il vous a donné des directives claires sur ce que vous devez faire après votre visite.
- h. Votre expérience globale lorsque vous avez expliqué la raison de votre visite au fournisseur de soins de santé.

| | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SECTION 4 : EXPÉRIENCE GLOBALE LORS DE VOTRE PLUS RÉCENTE VISITE

Q5. Pensez à votre plus récente visite; quelle note donnez-vous aux éléments suivants (de mauvais à excellent)?

- a. La propreté générale du bureau / du centre.
- b. Votre confort général dans le bureau / le centre.
- c. Votre confiance envers le médecin / le ou les fournisseurs de soins de santé que vous avez vu(s) durant votre visite.
- d. Votre confiance envers les renseignements sur votre santé étaient protégés comme vous vous y attendez.
- e. Votre expérience suite à votre visite chez nous.

| | Mauvais | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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.

Q6. 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? Oui No
- b. 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?

- Vous avez eu un rendez-vous la même journée. Vous avez eu un rendez-vous le lendemain.
- 2 à 19 jours (écrivez le nombre de jours : ____)
- Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) 20 jours ou plus

Q7. Lorsque vous rendez visite à votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que cette personne ou une autre personne du bureau.

- a. Vous laisse poser des questions sur le traitement recommandé?
- b. Vous inclus autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement?
- c. Passe assez de temps avec vous?

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q8. Au cours de la dernière année...

- a. Avez-vous reçu des soins d'un fournisseur de soins de santé à un autre endroit que ce bureau?
 Oui (Passez à la question Q9) No (Passez à la question Q10)

Q9. Pensez aux fournisseurs de soins de santé que vous avez vus dans les différents endroits où vous avez reçu des soins au cours de la dernière année. À quelle fréquence...

- a. chacun semblait-il connaître votre histoire médicale?
- b. chacun semblait-il avoir reçu les résultats de vos tests ou examens récents?
- c. semblaient-ils vous donner des renseignements justes sur vos soins et votre traitement?
- d. semblaient-ils bien travailler ensemble pour vous offrir des soins?

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q10. 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?

- Sans objet Très facile Un peu facile Un peu difficile Très difficile

SECTION 6 : CONTEXTE / RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Q11. Généralement, comment évaluez-vous votre santé?

- Mauvaise Acceptable Bonne Très bonne Excellente

Q12. Depuis combien de temps venez-vous nous voir pour obtenir des soins de santé?

- Moins de six mois Trois ans à cinq ans
 Six mois à un an Plus de cinq ans
 Un an à trois ans

Q13. Combien de fois êtes-vous venu nous voir au cours de la dernière année pour vos soins médicaux? (Répondez du mieux que vous pouvez.)

- Une fois Quatre fois
 Deux fois Cinq fois ou plus
 Trois fois

Q14. Est-ce que vous recommanderiez nos services à votre famille ou à vos amis? Cochez UNE seule réponse.

- Pas du tout Tout à fait
 Probablement pas
 Probablement

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 / au centre.

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.