**Votre opinion est importante : Nous sommes a votre l’écoute**

Veuillez répondre à quelques questions portant sur votre expérience lors de votre dernière visite au centre de cancérologie ou à l'hôpital. Il faut moins de cinq minutes pour y répondre.

Votre opinion est importante est confidentielle et vos réponses ne seront pas transmises à votre équipe de soins de santé et n'auront aucune incidence sur les soins que vous recevez.

# QUESTION 1

Vous:

* répondez à ce questionnaire pour vous-même comme patient.
* notez les réponses pour un patient.

# QUESTION 2

Je suis…

* membre de la famille, ami ou soignant
* bénévole
* fournisseur de soins de santé
* autre

# Si vous n'êtes pas le patient, veuillez aider le patient à noter ses réponses.

Parlez-nous de votre dernière visite...

# QUESTION 3

Avez-vous téléphoné ou envoyé un courriel ou un message à la clinique avant votre dernière visite?

* Oui
* Non

# QUESTION 4

En vous reportant à votre dernière visite, comment évalueriez-vous les énoncés suivants sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pire** | | |  | | **Meilleure** | |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** | |
| La clinique a pu résoudre le problème pour lequel vous avez communiqué avec elle | ❍ | ❍ | | ❍ | ❍ | ❍ | |
| Les possibilités pour communiquer avec la clinique (téléphone, en ligne, etc.) correspondaient à vos besoins | ❍ | ❍ | | ❍ | ❍ | ❍ | |

# QUESTION 5

En vous reportant à votre dernière visite, comment évalueriez-vous l'énoncé suivant sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pire** | |  | **Meilleure** | | S/O |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| Les heures de la clinique me convenaient. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |

S/O = Sans objet

# QUESTION 6

Après votre inscription, avez-vous dû attendre au-delà de l'heure de votre rendez-vous?

* Oui
* Non

# QUESTION 7

Sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible, comment évalueriez-vous les énoncés suivants?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pire** | |  | **Meilleure** | | S/O |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| La clinique était facile à trouver, la signalisation pour s'y rendre était claire | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Le temps d'attente avant votre inscription après votre arrivée à la clinique était raisonnable | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Le temps d'attente après votre inscription avant la rencontre avec le premier fournisseur de soins de santé était raisonnable | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Le personnel de la réception était poli. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| La réception et la salle d'attente étaient confortables et propres. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Votre expérience générale entre le moment de votre arrivée à la clinique et le début de votre rendez-vous. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |

S/O = Sans Objet

# QUESTION 8

En vous reportant à votre dernière visite, comment évalueriez-vous votre fournisseur de soins de santé en fonction des énoncés suivants sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pire** | |  | **Meilleure** | | **S/O** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| Il a écouté ce que vous aviez à dire et a tenu compte des préoccupations que vous aviez | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il a discuté de vos symptômes physiques. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il a discuté de vos inquiétudes et de vos préoccupations. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il vous a traité avec respect. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il a passé suffisamment de temps avec vous. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il vous a expliqué les choses pour que vous puissiez comprendre. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il vous a fait participer aux décisions à propos de vos soins de la façon dont vous le souhaitiez. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il vous a laissé poser des questions. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Il a fait participer vos amis ou les membres de votre famille comme vous le souhaitiez. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |

S/O = Sans Objet

# QUESTION 9

Sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible, comment évalueriez-vous les énoncés suivants?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pire** | |  | **Meilleure** | | **S/O** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| La salle d'examen et de traitement était confortable et propre. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Le personnel de la clinique s'est assuré que vous saviez avec qui communiquer en cas de questions ou de préoccupations après votre visite. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Votre expérience générale de la qualité des soins que vous avez reçus pendant votre rendez-vous. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |

S/O = Sans Objet

# QUESTION 10

Avant de quitter la clinique, aviez-vous toute l'information nécessaire à propos des prochaines étapes de votre plan de soins?

* Oui
* Non

# QUESTION 11

En vous reportant à votre expérience générale lors de votre dernière visite, comment évalueriez-vous les énoncés suivants sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure expérience possible et 1 la pire expérience possible :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pire** | |  | **Meilleure** | | **S/O** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| Votre expérience générale lors de votre dernière visite. | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |
| Votre confiance générale à l'égard de l'équipe de soins de santé que vous avez vue lors de votre dernière visite | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ |

S/O = Sans Objet

Merci d'avoir rempli le questionnaire Votre opinion est importante.

En nous faisant part de vos réflexions, vous nous aidez à améliorer l'expérience des autres patients et soignants dans toute la province.

[Si vous avez des questions, des observations ou des préoccupations, veuillez communiquer avec :]

Avez-vous besoin de ces informations dans un format accessible?

1-877-280-8538, TTY 1-800-855-0511 [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca)