



## SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS

Merci de participer dans le sondage sur l'expérience des patients de notre équipe de santé familiale! Cette enquête porte sur votre expérience avec nous au cours des 12 derniers mois. Veuillez noter que vos commentaires sont strictement confidentiels.

### VOTRE RENDEZ-VOUS

1. En pensant à votre visite la plus récente, sur une échelle de médiocre à excellente, comment évalueriez-vous les éléments suivants?

	<i>Médiocre</i>	<i>Équitable</i>	<i>Bien</i>	<i>Très Bien</i>	<i>Excellent</i>
Le temps qui s'est écoulé entre la prise de rendez-vous et la visite que vous venez d'avoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre expérience globale avec notre personnel de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En pensant à vos expériences au cours de la dernière année, y a-t-il eu des obstacles à l'accès à nos services?

- Non  
 Un peu  
 Oui

S'il vous plaît expliquez: \_\_\_\_\_

3. La dernière fois que vous avez été malade ou que vous craigniez avoir un problème de santé, combien de jours s'est-il écoulé entre le moment où vous avez essayé pour la première fois de voir un médecin ou une infirmière praticienne et le moment où vous l'avez réellement VU ou quelqu'un d'autre dans son bureau?

- Même jour  
 Prochain jour  
 2-19 jours (entrez le nombre de jours ci-dessous)  
 20 jours ou plus  
 Pas applicable (ne sait pas/refus)

4. Pensiez-vous que votre problème de santé devait être traité le jour même ou le lendemain?

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

5. Lorsque vous voyez votre médecin ou votre infirmière praticienne, à quelle fréquence est-ce qu'ils ou quelqu'un d'autre au bureau...



	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
Vous donnez l'occasion de poser des questions sur le traitement recommandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous impliquer autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins et votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passez suffisamment de temps avec vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VISITE AU SERVICE D'URGENCE

6. Avez-vous été aux urgences parce que vous étiez malade ou pour un problème de santé?
- Oui
- Non (*Passer la question suivante*)
7. Laquelle des raisons suivantes est la principale raison pour laquelle vous êtes allé à l'urgence plutôt que chez votre médecin ou votre infirmière praticienne ? Sélectionnez seulement une réponse.
- C'était une urgence
- Votre médecin ou votre infirmière praticienne n'était pas disponible
- Vous n'avez pas pu obtenir de rendez-vous avec votre médecin ou votre infirmière praticienne
- C'était plus rapide d'aller aux urgences
- L'urgence était plus proche
- Votre médecin ou votre infirmière praticienne vous a conseillé d'aller aux urgences
- Votre médecin travaille aux urgences
- Ne sais pas/Refus
- Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

### VOTRE EXPÉRIENCE GLOBALE

8. Si vous souhaitez fournir des commentaires supplémentaires, veuillez utiliser l'espace ci-dessous:

9. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre expérience au sein de l'équipe de santé familiale de la région de Kapuskasing?
- Très bien
- Bien
- Équitable
- Médiocre
- Très médiocre

Veuillez envoyer par courriel à [ljean@kapfht.ca](mailto:ljean@kapfht.ca)  
ou par courrier/en personne à 142 C Progress Crescent, Kapuskasing, Ontario P5N 3H6

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre sondage!