

我们需要听到您的声音！

请分享您最近一次在癌症中心或医院就诊的体验。完成此调查需时不到5分钟。

“您的声音很重要”是：

- 一系列问题。通过回答这些问题，您有机会分享您对您就诊的癌症中心或医院的看法。
- 与当地癌症中心和安大略省癌症护理协会（Cancer Care Ontario）分享您的感受的一条途径，我们希望藉此改进为当地癌症中心和全安大略省的患者和护理人员提供的服务。
- **严格保密**且不会影响您接受的医疗服务。您的医疗服务提供者不会看到您在“您的声音很重要”调查中的回答。

问题1

您是：

- 作为患者本人填写此份调查
- 记录某一患者的回答

问题2

如果您是在记录某一患者的回答，您与该患者的关系是什么？

- 家庭成员、朋友或护理人员
- 志愿者
- 医疗服务提供者
- 其他

如果您不是患者，请记录患者的回答。
请告诉我们该患者最近一次就诊的情况。

问题3

您最近一次就诊之前是否给诊所打过电话，发过电子邮件或短信？

- 是
- 否

问题8

请以您最近一次就诊为依据，使用从1到5的尺度给您的医疗服务提供者打分，其中1代表最差体验，5代表最佳体验：

	最差					最佳	不适用
	1	2	3	4	5		
认真倾听您说的话及您的关切	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
讨论您的身体症状	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
讨论您的情绪忧虑和关切	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
尊重您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
给您诊疗的时间充分	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
解释问题时使用您可以理解的方式	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
以您希望的方式让您参与和您的医疗服务有关的决定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
让您有机会提出问题	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
在您希望的范围内让您的朋友或家人参与	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

问题9

请使用从1到5的尺度给下列各项打分，其中1代表最差体验，5代表最佳体验

	最差					最佳	不适用
	1	2	3	4	5		
检查室或治疗室舒适整洁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
诊所确保您知道在最近一次就诊后如果有任何问题或关切应和谁联系	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
就诊期间获得的医疗服务质量整体体验	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

问题10

在离开诊所之前，您是否获得了您所需要的，有关您的医疗计划中下一步的全部信息？

- 是
- 否

问题11

请以您最近一次就诊的整体体验为依据，使用从1到5的尺度给下列各项打分，其中1代表最差体验，5代表最佳体验：

最差			最佳		不适用
1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

您最近一次就诊的整体体验。

您对最近一次就诊时所见到的医疗团队的整体信心

感谢您完成“您的声音很重要”调查。

您的回答将有助于改善您和其他患者及其家人、朋友和护理人员的未来体验。