



# Votre opinion est importante : Nous sommes à l'écoute

Page d'accueil de l'instrument de Collecte et évaluation interactive des symptômes (CEIS)

Merci d'avoir pris le temps de faire l'évaluation de vos symptômes. Veuillez parler avec votre équipe de soins de santé de toute préoccupation reliée à vos symptômes.

## Votre opinion est importante : Nous sommes à l'écoute

Cliquez sur le bouton **ACCEPTER** ci-dessous pour 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.

[ACCEPTER] Si vous acceptez maintenant, on ne vous demandera pas de le faire à nouveau pendant 30 jours.

[REFUSER] Si vous cliquez sur REFUSER, on vous demandera à nouveau d'y répondre lors de votre prochaine visite.

Page d'accueil de Votre opinion est importante

## 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 :

**[NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE]**

**[TITRE OU POSTE DE LA PERSONNE RESSOURCE]**

**[NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE RESSOURCE]**

**[COURRIEL DE LA PERSONNE RESSOURCE]**

Parlez-nous de vous...

### Q1.

Vous

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

**[SI VOUS RÉPONDEZ POUR UN PATIENT À LA Q1, POSEZ LA Q2, SINON PASSEZ À LA Q3]**

### Q2.

Je suis...

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

**[ÉNONCÉ DESTINÉ À UNE PERSONNE QUI NOTE LES RÉPONSES POUR UN PATIENT]**

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

Parlez-nous de votre dernière visite...

Personne ressource

**[POSEZ TOUTES LES QUESTIONS]**

### Q3.

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

- Oui
- Non

**[SI LA RÉPONSE EST OUI À LA Q3, POSEZ LA Q4, SINON PASSEZ À LA Q5]**

### Q4.

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 :

Meilleure					Pire
5	4	3	2	1	

Votre Opinion est Importante

*Nous sommes à l'écoute*

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.

**[POSEZ TOUTES LES QUESTIONS]**

**Q5.**

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 :

	Meilleure				Pire	Sans objet
	5	4	3	2	1	
Les heures de la clinique me convenaient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Arrivée**

**Q6.**

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

Oui  Non

**Q7.**

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?

	Meilleure				Pire	Sans objet
	5	4	3	2	1	
La clinique était facile à trouver, la signalisation pour s'y rendre était claire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps d'attente avant votre inscription après votre arrivée à la clinique était raisonnable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps d'attente après votre inscription avant la rencontre avec le premier fournisseur de soins de santé était raisonnable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de la réception était poli.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réception et la salle d'attente étaient confortables et propres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Votre expérience générale entre le moment de votre arrivée à la clinique et le début de votre rendez-vous.

## Rendez-vous/Traitement

### Q8.

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 :

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

### Q9.

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?

	Meilleure				Pire	Sans objet
	5	4	3	2	1	
La salle d'examen et de traitement était confortable et propre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de la clinique s'est assuré que vous saviez avec qui communiquer en cas de questions ou de préoccupations après votre visite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre Opinion est Importante

*Nous sommes à l'écoute*

Votre expérience générale de la qualité des soins que vous avez reçus pendant votre rendez-vous.

## Départ

### Q10.

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

- Oui
- Non

## Expérience générale

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 :

### Q11.

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?

	Meilleure				Pire	Sans objet
	5	4	3	2	1	
Votre expérience <u>générale</u> lors de votre dernière visite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre confiance générale à l'égard de l'équipe de soins de santé que vous avez vue lors de votre dernière visite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Vos réponses seront utilisées par le **[nom du CRC]** et Action Cancer Ontario pour améliorer les expériences vécues par vous-même et d'autres patients et familles, amis et soignants.

Pour que vos observations soient transmises, veuillez cliquer sur continuer.

Si vous souhaitez qu'une personne fasse un suivi avec vous ou si vous voulez des renseignements additionnels, veuillez communiquer avec **[INDIQUER LES COORDONNÉES DE LA PERSONNE RESPONSABLE DES RELATIONS ENTRE L'HÔPITAL ET LES PATIENTS]**

Votre Opinion est Importante

*Nous sommes à l'écoute*