



## Sondage sur la satisfaction au sujet de l'hôpital

Si vous voulez bien faire part de vos commentaires concernant votre séjour chez nous, veuillez remplir le sondage ci-dessous. Vos commentaires demeureront complètement confidentiels sauf si vous nous demandez le contraire. De même, votre identité ne sera pas divulguée à tout membre du personnel clinique sauf si vous nous autorisez à le faire. Vos commentaires nous aideront à continuer à améliorer la qualité de nos soins.

Veuillez indiquer la raison de votre visite :

- Séjour à l'hôpital
- Clinique de médecin spécialiste (p. ex. D<sup>r</sup> Verbeek)
- Autre clinique externe – Préciser \_\_\_\_\_

Veuillez évaluer (encercler) les services suivants que vous avez reçus à cet hôpital :

1 – mauvais      2 – passables      3 – bons      4 – très bons      5 – excellents

### PROCÉDURES ET CONDITIONS DE L'HÔPITAL

*mauvais ↔ excellents*

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Facilité d'admission, y compris le temps que cela a pris.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Au moment de votre congé, on vous a dit clairement et complètement quoi faire et à quoi vous attendre en quittant l'hôpital.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Explication des frais et de la façon de vous occuper de vos factures d'hôpital : le caractère complet et l'exactitude des renseignements et la volonté de l'hôpital à répondre à vos questions au sujet des finances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La propreté, le confort, l'éclairage et la température de la chambre.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. La qualité et le service de la nourriture.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### VOTRE INFIRMIÈRE/VOS INFIRMIÈRES

Facultatif : J'ai vu l'infirmière/les infirmières (*écrire le nom*) \_\_\_\_\_

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. La volonté du personnel infirmier à répondre à vos questions.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. La façon de faire, comme les médicaments et les intraveineuses.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. La fréquence à laquelle le personnel infirmier venait vous voir pour vérifier comment vous alliez.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. La courtoisie et le respect avec lesquels on vous a traité : gentillesse et bienveillance.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Le personnel infirmier et le reste du personnel vous expliquait bien les tests, les traitements et ce à quoi vous attendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### **VOTRE MÉDECIN/VOS MÉDECINS**

Facultatif : J'ai vu le médecin/les médecins (*écrire le nom* \_\_\_\_\_)

- |   |           |
|---|-----------|
| 11. La volonté de votre médecin/vos médecins à répondre à vos questions.  | 1 2 3 4 5 |
| 12. La fréquence à laquelle le médecin venait/les médecins venaient vous voir pour vérifier comment vous alliez.  | 1 2 3 4 5 |
| 13. La courtoisie et le respect avec lesquels on vous a traité : gentillesse et bienveillance.  | 1 2 3 4 5 |
| 14. La capacité de diagnostiquer les problèmes, la minutie des examens et la compétence à traiter votre problème médical.                                 | 1 2 3 4 5 |
| 15. La quantité de renseignements que vous avez reçus au sujet de votre maladie et de votre traitement; ce que vous deviez faire en sortant de l'hôpital. | 1 2 3 4 5 |

### **AUTRE PROFESSIONNEL/PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ**

Facultatif : J'ai vu le professionnel/la professionnelle de la santé (*écrire le nom* \_\_\_\_\_)

- |   |           |
|---|-----------|
| 16. La volonté du professionnel/la professionnelle de la santé à répondre à vos questions.                                      | 1 2 3 4 5 |
| 17. La façon de faire (p. ex. Tests et interventions).  | 1 2 3 4 5 |
| 18. La fréquence à laquelle le professionnel/la professionnelle de la santé venait vous voir pour vérifier comment vous alliez. | 1 2 3 4 5 |
| 19. La courtoisie et le respect avec lesquels on vous a traité : gentillesse et bienveillance.                                  | 1 2 3 4 5 |
| 20. Le professionnel/la professionnelle de la santé vous expliquait bien les tests, les traitements et ce à quoi vous attendre. | 1 2 3 4 5 |

### **SERVICES DE DIÉTÉTIQUE**

Qu'avez-vous pensé de ce qui suit :

- |  |               |
|--|---------------|
| 21. La variété du menu   | 1 2 3 4 5 N/A |
| 22. Présentation du plateau  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 23. Grosseur des portions  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 24. Saveur des aliments  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 25. Température des aliments chauds  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 26. Température des aliments froids  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 27. Qualité générale des aliments  | 1 2 3 4 5 N/A |
| 28. Les contacts avec le personnel des services de diététique étaient-ils agréables? | 1 2 3 4 5 N/A |

29. Y a-t-il des mets que vous n'avez pas aimés? Si oui, pourquoi n'avez-vous pas aimé ces mets?

---

---

30. Y a-t-il des mets que vous aimez tout particulièrement et que vous voulez que l'on continue d'offrir?

---

---

31. Commentaires généraux :

---

---

---

**VOS SOINS**

32. Le travail d'équipe de tout le personnel de l'hôpital qui a pris soin de vous. 1 2 3 4 5

33. La sensibilité du personnel hospitalier à vos problèmes et préoccupations spéciales. 1 2 3 4 5

34. La qualité générale des soins et des services que vous avez reçus de l'hôpital. 1 2 3 4 5

**VOS COMMENTAIRES**

---

---

---

---

---

---

---

**FACULTATIF**

Si vous aimeriez que la direction communique avec vous, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Vous pouvez remettre vos commentaires dans la boîte située à côté de la porte d'entrée principale ou les poster dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.**

## ***Les droits des patientes et des patients***

En tant que membres de notre communauté hospitalière, vous pouvez vous attendre à ce qu'on vous traite avec respect, dans un milieu qui préconise le respect mutuel, l'intégrité, la dignité et la tolérance.

À titre de membres de la communauté hospitalière, nous nous engageons à :

- Respecter toutes les lois fédérales, provinciales et municipales pertinentes.
- Interagir les uns avec les autres et traiter nos patientes et nos patients avec respect, dignité, bienveillance et compassion.
- Ne pas prononcer de paroles injurieuses et à ne pas faire preuve de comportements abusifs.
- Faire preuve de courtoisie, d'honnêteté et d'intégrité.
- Ne pas utiliser un langage blasphématoire.
- Respecter les droits des autres, peu importe la culture, la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la citoyenneté, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge ou les handicaps.
- Offrir un milieu qui garantit et qui protège les droits de toute personne à la dignité et à l'intimité.
- Garantir la sécurité physique de chaque personne.
- Maintenir la confidentialité et à assurer la protection des renseignements personnels sur la santé et des renseignements personnels à tous les égards.
- Nous comporter d'une manière professionnelle qui favorise le travail d'équipe et la communication.
- Être responsables quant à nos gestes et à nos décisions.
- Créer un milieu positif et agréable.

Si vous vous estimez lésés dans vos droits, veuillez vous adresser à un gestionnaire, au directeur des Services cliniques ou à la présidente-directrice générale.

Veillez noter que toutes les professionnelles et tous les professionnels de la santé sont autorisés par leur ordre respectif. Ces professionnelles et ces professionnels de la santé ont la responsabilité de respecter les normes cliniques et en matière de conduite et de professionnalisme exigées non seulement par notre organisme, mais aussi par leur ordre respectif. Le non-respect de celles-ci pourrait entraîner une réprimande, des mesures disciplinaires, des restrictions quant à la pratique ou la suspension du permis.

À titre de patiente ou de patient, si vous croyez que l'organisme n'a pas pris les dispositions nécessaires en ce qui a trait à votre préoccupation, vous pouvez communiquer directement avec l'ordre qui régit la professionnelle ou le professionnel de la santé en question. Les renseignements pertinents se trouvent au verso de ce feuillet et sont aussi disponibles au bureau de l'Administration.

Gail Bignucolo,  
présidente-directrice générale

College of Medical Laboratory Technologists of Ontario  
1-800-323-9672  
[www.cmlto.com](http://www.cmlto.com)

College of Medical Radiation  
1-800-563-5847  
[www.cmrto.org](http://www.cmrto.org)

College of Nurses of Ontario  
1-800-387-5526  
[www.cno.org](http://www.cno.org)

College of Occupational Therapists of Ontario  
1-800-890-6570  
[www.coto.org](http://www.coto.org)

College of Physicians and Surgeons of Ontario  
1-800-268-7096 ext. 615  
[investigations&resolutions@cpso.on.ca](mailto:investigations&resolutions@cpso.on.ca)

College of Physiotherapists of Ontario  
1-800-583-5885  
[www.collegept.org](http://www.collegept.org)

College of Psychologists of Ontario  
1-800-489-8388  
[www.cpo.on.ca](http://www.cpo.on.ca)

Ontario College of Social Workers and Social Service Workers  
1-877-828-9380  
[www.ocswssw.org](http://www.ocswssw.org)