**Sondage sur l’expérience par rapport aux services en français**

Ce sondage a comme objectif d’informer (insérer nom du fournisseur de services de santé) sur votre expérience en tant que patient, patiente, proche-aidant ou proche-aidante par rapport aux services en français. Nous aimerions en apprendre davantage sur la façon dont vous vous êtes senti-e afin d’améliorer les services en français offerts aux patients et aux patientes.

**Quel département avez-vous visité ou quel service avez-vous reçu?** (Modifier afin d’inclure vos départements et les services que vous offrez)

▢ Bloc opératoire

▢ Chimiothérapie

▢ Imageries médicales

▢ Laboratoire

▢ Nutrition

▢ Physiothérapie

▢ Services spécialisés

▢ Télémédecine

▢ Thérapie respiratoire

▢ Urgence

▢ Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Dans quelle langue avez-vous reçu les services suivants?** (Vous pouvez modifier afin de refléter vos départements ou les services que vous offrez)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Étapes** | **Langue utilisée** | | |
|  | Français | Anglais | Français et Anglais |
| Accueil / Inscription | ▢ | ▢ | ▢ |
| Soins | ▢ | ▢ | ▢ |

**2. Comment vous êtes-vous senti-e par rapport à la langue utilisée pour vous offrir des soins à chacune des étapes suivantes? Vous pouvez cocher plus d’une réponse.** (Vous pouvez modifier afin de refléter vos départements ou les services que vous offrez)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étapes** | **Émotions** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bien | À l’aise | Indifférent | Craintif | Déçu | Frustré | Autre |
| Accueil / Inscription | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Soins | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**3. Est-ce que la langue utilisée pendant vos soins vous a permis de :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | La plupart du temps | Un peu | Pas vraiment | Pas du tout |
| Bien comprendre | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ |
| D’être bien compris | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ |

**4. Qu’est-ce que** (insérer nom du fournisseur de services de santé) **fait de bien par rapport à l’offre de services en français?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Comment** (insérer nom du fournisseur de services de santé) **pourrait améliorer son offre de services en français?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Évaluez votre expérience générale de nos services en français selon l’échelle suivante.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Bien | À l’aise | Indifférent | Craintif | Déçu | Frustré | Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ |

------------------------------

*Optionnel :* Afin de nous permettre d’améliorer davantage les services en français à (insérer nom du fournisseur de services de santé), prière d’inscrire vos coordonnées ci-dessous afin que nous puissions communiquer avec vous pour des plus amples renseignements.

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

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Merci de votre collaboration**