

Commentaires des client(e)s et des familles sur les services de Santé publique et des populations

Veillez nous faire part de vos expériences des services de Santé publique de Winnipeg. Vos réponses serviront à améliorer les programmes et services de Santé publique. Vos commentaires resteront anonymes.

1. Date du service: _____

2. Quel service de Santé publique avez-vous reçu? (Veillez cocher un choix)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien avant la naissance | <input type="checkbox"/> Cours sur la nutrition des nouveau-nés |
| <input type="checkbox"/> Soutien après la naissance | <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles |
| <input type="checkbox"/> Groupe de soutien à l'allaitement | <input type="checkbox"/> Street Connections |
| <input type="checkbox"/> Santé-voyage (<i>y compris vacc. rage – santé au travail</i>) | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser): _____ |

3. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre expérience concernant chaque élément ci-dessous.	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
a. J'ai reçu le service ou l'information dont j'avais besoin.				
b. L'information que j'ai reçue était claire et facile à comprendre.				
c. J'ai reçu de l'information utile.				
d. Le personnel comprenait mes besoins.				
e. Le personnel était amical et poli.				
f. J'ai senti qu'on respectait mes choix et mes décisions.				
g. J'ai pu obtenir des services en temps opportun.				
h. Les heures d'ouverture de la clinique étaient pratiques par rapport à mon emploi du temps.				
i. Je recommanderais cette clinique.				

Globalement: Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des services ou des renseignements que vous avez reçus?	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

4. Souhaitez-vous ajouter d'autres commentaires concernant votre expérience la plus récente?

5. Où avez-vous reçu votre service de Santé publique? (Veillez cocher un choix)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> À domicile | <input type="checkbox"/> Dans la communauté (p. ex. centre communautaire) |
| <input type="checkbox"/> Au téléphone | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Dans un bureau (p. ex. bureau de la Santé publique, Centre d'accès) | |

6. Quel est votre code postal? _____

7. Quel âge avez-vous?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> < 15 ans | <input type="checkbox"/> 20-24 ans | <input type="checkbox"/> 30-39 ans | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> 15-19 ans | <input type="checkbox"/> 25-29 ans | <input type="checkbox"/> > 40 ans | |

8. Êtes-vous:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Un homme | <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Une femme | | |

Merci de nous avoir fait part de votre expérience auprès des services de Santé publique.

Si vous souhaitez parler à quelqu'un au sujet de votre expérience, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de l'ORSW au 204-926-7825 ou par courriel à l'adresse ClientRelations@wrha.mb.ca

Réservé à l'usage du bureau: Zone/équipe communautaire: _____ Rempli par: ___ Client ___ Employé ___ Bénévole ___ Traducteur ___
Quartier (d'après la référence croisée au CP à 6 caractères) _____