



Votre expérience avec les services téléphoniques

Date: _____

Nous aimerions savoir ce que vous pensez des services téléphoniques offerts par notre service d'oncologie. Au cours du dernier mois, avez-vous (ou un membre de votre famille) téléphoné au service d'oncologie parce que vous ne vous sentiez pas bien et que vous croyiez que c'était en raison de votre traitement (effets secondaires ou symptômes)?

Si oui, pourriez-vous répondre aux questions suivantes? Si vous avez utilisé ce service plus d'une fois, parlez-nous uniquement de votre appel le plus récent.

1. Quelle était la raison de votre appel? _____

2. Appellez-vous... pour vous? pour une autre personne?

3. Où avez-vous appelé? _____

4. Quand avez-vous appelé? de jour, du lundi au vendredi de soir, de fin de semaine ou un jour férié

5. Quel est l'âge du patient? _____ ans

6. Quel est le sexe du patient? Homme Femme

7. Lors de votre appel ou après celui-ci... (cochez toutes les réponses pertinentes)






- vous a-t-on donné des conseils au téléphone?
- vous êtes-vous rendu à la clinique pour un examen?
- vous êtes-vous rendu à l'urgence pour un examen?

8. À qui avez-vous parlé au téléphone? infirmière médecin les deux

9. Étiez-vous satisfait de la manière dont on a traité votre appel?

- Oui
- Non, on aurait dû : me conseiller de me rendre à la clinique
- me conseiller de me rendre à l'urgence
- me donner des conseils au téléphone



					
	très insatisfait	insatisfait	neutre	satisfait	très satisfait
Quel est votre degré de satisfaction quant aux points suivants :					
10. Obtenir la communication téléphonique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La manière dont vous avez été traité lors du premier appel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La durée d'attente avant de pouvoir parler à une infirmière ou à un médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La politesse de l'infirmière ou du médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les explications de l'infirmière ou du médecin à propos de votre problème.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Le traitement ou le conseil fourni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Votre degré de satisfaction quant au service reçu en général.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez des commentaires ou des suggestions afin d'améliorer ce service, veuillez les écrire ci-dessous.

Merci de nous aider.