



Place PCH Label Here

Include Mailing Address,

Telephone Number and

PCH Contact Name on Label

*Southern Health-Santé Sud s'efforce sans cesse d'améliorer les soins, de promouvoir la sécurité et d'accroître la qualité de vie des personnes qui vivent dans un foyer de soins personnels. Nous aimerions donc obtenir vos commentaires sur la qualité de nos services en répondant à ce sondage. Vos commentaires nous indiqueront comment nous pouvons améliorer les soins et les services que nous offrons.*

*Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour répondre au sondage en ligne ou si vous préférez le remplir sur papier, veuillez en informer l'infirmier ou l'infirmière responsable ou le travailleur social ou la travailleuse sociale, qui demandera à un volontaire/personnel de soins non direct de vous aider.*



<https://forms.office.com/r/ucfGag>

*Prière de remplir le sondage avant 30 juin 2024. Tous les sondages seront Programme de foyers de soins personnels, qui passera en revue les réponses. Un rapport sera remis à chaque foyer de soins personnels. Le rapport sera communiqué à la prochaine réunion du Conseil des résidents et des familles. Un plan sera élaboré à la suite des commentaires recueillis par le Conseil afin d'aborder les problèmes ou préoccupations qui surviennent.*

*Pour répondre à ce sondage en anglais, il suffit de choisir l'option English dans le menu déroulant situé en haut du sondage.*

*Vos réponses sont anonymes et demeurent strictement confidentielles. Votre participation au sondage ne devrait aucunement nuire aux soins et services que vous ou votre être cher recevez actuellement. Veuillez répondre aux questions ouvertement et honnêtement.*

*Merci de votre temps et de votre rétroaction.*

*Cordialement,*

*Stephanie Rozsa & Marianne Woods  
Directrices, Service de santé – Foyers de soins personnels - Est et Ouest  
Southern Health-Santé Sud*



***This document is also available in English  
Please ask our staff***

## 1. Quel âge avez-vous?

---

- 60 ans ou moins       61 à 90 ans       91 ans ou plus

## 2. Dans quelle(s) langue(s) pouvez-vous communiquer?

Anglais    Français    Autochtone (veuillez préciser le dialecte) \_\_\_\_\_

Michif    Allemand    Ukrainien    Tchèque    Hongrois    Belge    Flamand    Polonais

Néerlandais    Espagnol    Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Si vous avez choisi « Français », répondez aux questions suivantes. Sinon, passez à la question 10.**

## 3. Dans quelle(s) langue(s) êtes-vous le plus à l'aise de recevoir des services de soins de santé?

---

- Anglais uniquement       Français uniquement       Anglais et français

**Au cours de la plupart de vos expériences en matière de soins de santé :**

## 4. Dans quelle(s) langue(s) vous a-t-on accueilli?

- Anglais uniquement
- Français uniquement
- Anglais et français

## 5. Dans quelle(s) langue(s) avez-vous reçu les services?

- Anglais (votre langue officielle de choix)
- Français (votre langue officielle de choix)
- Anglais (bien que votre langue officielle de choix soit le français)

**6. Dans quelle(s) langue(s) avez-vous reçu vos ressources, telles que formulaires ou documents imprimés?**

- Anglais (votre langue officielle de choix)
- Français (votre langue officielle de choix)
- Anglais (bien que votre langue officielle de choix soit le français)
- s/o

**7. Le personnel bilingue était-il visiblement identifié (p. ex. porte-nom, insigne Hello/Bonjour)?**

- Oui
- Non
- Je n'ai pas remarqué

**8. La signalisation bilingue était-elle visible?**

- Oui
- Non
- Je n'ai pas remarqué

**9. En tant que résident, veuillez évaluer votre expérience globale en termes des services en français que vous avez reçus (encerclez un chiffre, 1 étant le résultat le plus bas (Très mauvaise expérience), 10 étant le résultat le plus élevé (Très bonne expérience)) :**

*Très mauvaise expérience*

*Très bonne expérience*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**10. Les membres du personnel prennent le temps de parler avec moi (résident).**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**11. Les membres du personnel me traitent avec respect et gentillesse.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**12. Les membres du personnel respectent ma vie privée (p. ex. la porte est fermée pendant les soins).**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**13. Les membres du personnel respectent ma langue et mes traditions culturelles.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**14. Les membres du personnel respectent mes choix religieux/spirituels.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**15. Les membres du personnel sont courtois, accessibles et amicaux.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**16. On me permet de participer aux décisions concernant mes soins.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**17. On permet au membre de ma famille ou à mon représentant de participer aux décisions concernant mes soins, le cas échéant.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**18. Je ressens que les membres du personnel respectent mes choix.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**19. Les membres du personnel me tiennent au courant des changements dans mon état de santé/traitement.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**20. Les membres du personnel donnent de bonnes explications sur mes soins et traitements.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**21. Je ressens que les membres du personnel répondent à mes préoccupations ou à mes plaintes en temps opportun.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**22. Je ressens que les changements dans mes besoins en matière de santé et de soins sont apportés en temps opportun.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**23. Je me sens à l'aise de faire part de mes préoccupations à un membre du personnel.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**24. Je suis satisfait(e) des soins que je reçois du médecin, de son adjoint ou de l'infirmière praticienne.**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**25. Les membres du personnel fournissent de bons soins physiques (p. ex. bain, aide à l'habillement).**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**26. Les membres du personnel m'offrent un bon soutien émotionnel (p. ex. réconfort ou rassurance lors de période d'inquiétude).**

---

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**27. Les membres du personnel connaissent mes besoins en matière de santé et de soins.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**28. Les membres du personnel qui s'occupent de moi me connaissent bien.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**29. Les membres du personnel viennent à mon aide si je souffre ou que je suis mal à l'aise.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**30. J'ai le sentiment que mon logement est sécuritaire.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**31. Je ressens que les membres du personnel savent comment utiliser l'équipement.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**32. Je ressens que les membres du personnel utilisent l'équipement de façon sécuritaire.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**33. Maintenant que les restrictions liées à la COVID-19 sont assouplies, il y a suffisamment d'activités à faire.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**34. Je me sens chez moi, ici, dans ma communauté de soins de longue durée.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**35. Je suis traité(e) comme je veux être traité(e).**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**36. Je ressens que je peux exprimer mes sentiments et mes opinions.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**37. Les membres du personnel m'offrent de l'aide à l'heure des repas (p. ex. couper les aliments, m'aider à manger).**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais       s/o

**38. On me donne suffisamment de temps pour manger.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**39. Je trouve qu'on me donne assez à manger (repas, collations).**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**40. Je trouve que mon menu offre une variété d'aliments nutritifs et de qualité.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**41. J'ai l'occasion de rencontrer une diététiste pour discuter de mon plan de nutrition.**

Oui       Non       Je ne sais pas

**42. Je ressens que mes visiteurs sont les bienvenus.**

Tout le temps       La plupart du temps       Parfois       Jamais

**43. En tant que résident, veuillez évaluer votre expérience globale au sein de votre foyer de soins personnels (encerclez un, 1 étant le résultat le plus bas (Très mauvaise expérience), 10 étant le résultat le plus élevé (Très bonne expérience)) :**

*Très mauvaise expérience*

*Très bonne expérience*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**44. Trois choses que j'aime le plus dans mon foyer de soins personnels :**

1	
2	
3	

**45. Trois choses que j'aimerais changer dans mon foyer de soins personnels :**

1	
2	
3	

***Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage. Nous valorisons et apprécions vos commentaires!***

*La présente publication est disponible en d'autres formats, sur demande.*



[www.southernhealth.ca](http://www.southernhealth.ca)