

## PATIENT AND FAMILY EXPERIENCE SURVEY

Your confidentiality is important to us.

**Please don't share any private information (name or telephone #)**

I am/was a: Patient  Family/Friend  Date of care: \_\_\_\_\_

Area of care where service is/was received: \_\_\_\_\_

1. My overall care experience meets/met my expectations Yes  No

2. Please explain

3. I am/was treated with **dignity and respect** Yes  No

4. I receive/received clear **information** about my care Yes  No

5. I am/was **involved** in my care to the level that I want/wanted Yes  No

6. Additional Comments

When completed, place in a survey box in your service area or ask a care team member for assistance.

If you prefer to complete the online version of this survey, please go to:

<http://www.nbrhc.on.ca/patients-visitors/patient-experience/patient-family-partnered-care/>

If you would like to help your hospital make positive changes,  
please contact Patient and Family Partnered Care at: [patientfamily@nbrhc.on.ca](mailto:patientfamily@nbrhc.on.ca)

Français au verso

Thank you for taking the time to let us know how we can be *Better 2gether*.

## SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DU PATIENT ET DE SA FAMILLE

Nous respectons votre vie privée.

**N'indiquez aucun renseignement (nom ou no de tél.) permettant de vous identifier.**

Je suis/J'étais : un patient  un membre de la famille / un ami

Date de la prestation des soins : \_\_\_\_\_

Service où les soins ont été reçus : \_\_\_\_\_

1. En général, mon expérience en matière de soins répond/a répondu à mes attentes. Oui  Non

2. Expliquez.

3. On me traite/m'a traité avec **dignité et respect**. Oui  Non

4. Je reçois/j'ai reçu des **renseignements** clairs au sujet de mes soins. Oui  Non

5. Je peux/j'ai pu **participer** à mes soins autant que souhaité. Oui  Non

6. Commentaires :

Placez le sondage dûment rempli dans une boîte réservée à cet effet dans le service où vous avez reçu des soins ou demandez l'aide d'un membre de l'équipe.

Si vous préférez remplir le présent sondage en ligne, allez au

**<http://www.nbrhc.on.ca/fr/patients-et-visiteurs/lexperience-du-patient/soins-en-partenariat-avec-les-patients-et-leur-famille/>**

Si vous aimeriez aider votre hôpital à apporter des changements positifs, communiquez avec le personnel du Partenariat de soins avec les patients et leur famille à **[patientfamily@nbrhc.on.ca](mailto:patientfamily@nbrhc.on.ca)**

English on reverse

Merci d'avoir pris le temps de nous indiquer comment nous pourrions être *Meilleurs Ensemble*.