

## QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION CONCERNANT VOTRE MÉDECIN ET SON CABINET?

Dans ce questionnaire, nous vous demandons de donner votre opinion personnelle sur la qualité des soins et la prise en charge chez votre médecin traitant habituel. Nous vous demandons de cocher la case qui reflète le mieux votre avis (5 = excellent, 1 = faible). Si l'une des questions ne vous concerne pas, cochez «non applicable/inapproprié».

L'anonymat de vos réponses est garanti.

ÉVALUEZ LES SOINS OFFERTS PAR VOTRE MÉDECIN DANS LES DERNIER 12 MOIS.		faible					excellent	non applicable/ inapproprié
		1	2	3	4	5		
1	...l'impression d'avoir assez de temps pendant la consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	...l'intérêt porté à votre situation personnelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...sa capacité à vous mettre à l'aise pour parler de vos problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	...sa capacité à vous impliquer dans les décisions relatives à vos soins médicaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	...sa capacité de vous écouter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	...la garantie que votre dossier et les données vous concernant restent confidentiels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	...la rapidité à soulager vos symptômes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	...l'aide apportée pour vous sentir assez bien pour mener vos activités normales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	...sa minutie dans l'approche de vos problèmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...sa manière de vous examiner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...l'offre de services de prévention des maladies (par ex. dépistage, bilans de santé – check-up, vaccins, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...les explications données sur les buts des examens, des tests et des traitements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	...ses explications sur vos symptômes et vos maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...l'aide à résoudre les problèmes émotionnels liés à votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	...les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	...le souvenir de ce qui a été dit ou fait lors de consultations précédentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	...la façon de vous préparer pour que vous sachiez ce à quoi vous devez vous attendre au niveau des spécialistes ou des soins hospitaliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMMENT ÉTAIT PENDANT LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS...</b>								
18	...l'amabilité du personnel du cabinet médical (autre que les médecins)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	...la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui vous convient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	...la possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	...la possibilité de parler avec le médecin au téléphone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		faible					excellent					non applicable / inapproprié	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
22	...le temps d'attente dans la salle d'attente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	...la rapidité d'intervention en cas des problèmes de santé urgents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord					non applicable / inapproprié	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
24	Je peux vivement recommander mon médecin à mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Je n'ai aucune raison d'envisager de changer de médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fiche personnelle

- 1) sexe  masculin  féminin
- 2) âge  ans
- 3) Quelle est votre langue maternelle?
- allemand
  - français
  - anglais
  - italien
  - espagnole
  - portugais
  - turc
  - slave
  - scandinave
  - autres
- 4) Quel est le niveau de formation le plus élevé que vous avez suivi et terminé ?
- Certificat d'études primaires
  - Certificat d'études secondaires
  - Diplôme de fin d'apprentissage; Baccalauréat ou équivalent
  - Études supérieures
  - autres
- 5) Quelle est votre état civil ?
- célibataire
  - marié(e)
  - veuf, veuves
  - divorcé(e)
- 6) De manière générale, comment jugez-vous votre état de santé:
- excellent
  - très bon
  - bon
  - satisfaisant
  - mauvais

Combien des jours avez vous été au cour dans les derniers 12 mois

- 7) incapables de travailler?  jours
- 8) à l'hôpital?  jours
- 9) Combien de fois avez-vous consulté le médecin chez qui vous vous rendez habituellement (à la maison ou au cabinet) durant ces 12 derniers mois?  fois
- 10) Avez-vous été atteint d'une maladie grave ayant duré plus de 3 mois?  oui  non

**NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE AIDE!**

