



## Formulaire de rétroaction du patient

Télec. : 204-940-1761 Courriel : dsmclientservices@dsmanitoba.ca Tél. (sans frais) : 1-866-633-1787

### Avons-nous été à la hauteur?

En tant que laboratoire et fournisseur rural de services d'imagerie diagnostique, Services Diagnostic Manitoba (SDM) souhaite recueillir vos précieuses suggestions, qui nous aideront à améliorer la qualité de nos services de diagnostic axés sur le patient. Vos suggestions, vos plaintes et vos compliments nous aident à déterminer les aspects à améliorer et à savoir ce que nous faisons bien. Nous vous répondrons le plus tôt possible, soit dans les 3 jours ouvrables suivant la réception de ce formulaire.

**Plainte**       **Compliment**       **Suggestion**       **Autre**

Date : \_\_\_\_\_ Ville/Adresse de SDM : \_\_\_\_\_

Type de service de SDM :

**Laboratoire** (échantillon ou analyse de sang/d'urine)     **Imagerie** (radiographie, tomodensitogramme, ultrason)

Votre nom (prénom) : \_\_\_\_\_ (nom de famille) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Réponse :  **Rappel demandé**       **Commentaire seulement** (aucune réponse demandée)

N° de téléphone (de jour) : \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_

Peut-on laisser un message à votre numéro de téléphone de jour?       **Oui**       **Non**

Agissez-vous au nom d'une autre personne?       **Oui**       **Non**

Nature de vos liens avec le patient :

**Moi-même**       **Famille**       **Ami**       **S.O.**       **Autre** \_\_\_\_\_

Nom du patient (prénom) : \_\_\_\_\_ (nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date(s) de la visite : \_\_\_\_\_

1) **Veillez nous décrire votre expérience et nous faire part de vos suggestions en vue d'améliorer les choses :**

---

---

---

---

---

2) **À quels résultats vous attendez-vous?** \_\_\_\_\_

(si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 1 ou 2, utilisez le verso du formulaire)

