



Le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara (CSCHN) s'engage à fournir un service d'excellence à la communauté qu'elle dessert. Vos commentaires sont importants pour nous permettre de répondre à vos besoins et d'offrir des programmes et des services de la plus haute qualité.

Afin de faire les suivis appropriés à l'interne, nous vous demandons de compléter les champs suivants. Vous êtes les bienvenus de partager de façon anonyme si vous le préférez ainsi, mais le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara sera potentiellement limité dans la manière dont il peut faire des suivis. Votre service au CSCHN sera nullement affecté de façon négative en raison d'une rétroaction négative/plainte.

Complétez-vous ce formulaire à votre nom ou au nom de quelqu'un d'autre?	
<input type="checkbox"/> À mon nom	<input type="checkbox"/> Au nom de quelqu'un d'autre <input type="checkbox"/> Je suis un membre de la famille/ami.e <input type="checkbox"/> Je suis un.e intervenant.e <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : <i>Pour des raisons de confidentialité et de consentement, le CSCHN sera peut-être limité dans les suivis possibles puisque nous ne pourrions pas partager les détails personnels autres qu'avec le/la client.e lui ou elle-même.</i> Nom du client :
Nom :	
Numéro de tél:	
Pouvons-nous laisser un message sur la boîte vocale? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Aimeriez-vous un suivi de la part du CSCHN? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Si oui, un gestionnaire vous contactera prochainement.</i>	

Quelle est la nature de votre rétroaction?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un bon coup/compliment | <input type="checkbox"/> Une préoccupation |
| <input type="checkbox"/> Une suggestion générale | <input type="checkbox"/> Une plainte formelle |

À quel site recevez-vous vos services du CSCHN?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hamilton | <input type="checkbox"/> Welland |
| <input type="checkbox"/> Vanier | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |



Quelle était la date de l'évènement en question le cas échéant?

Quel service/programme est concerné?

Quel est le nom de l'intervenant.e concerné.e (le cas échéant)? Vous pouvez inclure plus d'un nom au besoin.

Veillez résumer les détails de votre rétroaction/de votre expérience.