

Questionnaire de satisfaction du programme

Votre avis est important

Ayant à cœur d'améliorer ce programme, nous souhaiterions recueillir votre avis. C'est pourquoi, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce questionnaire et de le remettre au personnel du Centre de Prévention Santé.

Comment remplir ce questionnaire ?

Pour chacune des questions suivantes, cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion. Vos réponses à ce questionnaire resteront confidentielles.

Votre appréciation du programme

Votre appréciation du programme

Etes-vous satisfait(e)	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Pas d'opinion
du nombre de rendez-vous au Centre de Prévention Santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des sujets qui ont été abordés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des entretiens individuels avec les professionnels du Centre de Prévention Santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'avoir participé à des ateliers groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la disponibilité des professionnels du Centre de Prévention Santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les conseils de santé que vous avez reçus pendant ce programme	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'opinion
étaient-ils adaptés à votre situation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
étaient-ils faciles à appliquer dans votre vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e)	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Pas d'opinion
des progrès que vous avez accomplis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'avoir participé au programme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quels sont les points que vous avez le plus apprécié dans ce programme ?

Quels sont les éléments que vous avez le moins apprécié dans ce programme ?

Avez-vous d'autres remarques, commentaires ou suggestions ?

Nous vous remercions de votre participation.