

Please share your experiences with Public Health services in Winnipeg. Your feedback will be used to improve Public Health services and programs. Your feedback is anonymous.

<https://forms.office.com/r/NZuKAYaQFN>



1. Date of service: _____

2. What Public Health service did you receive? (Check one that best describes the most recent service you received)

Immunization Services:

- Travel Health Clinic
- Other Immunization Service

Public Health Group Services:

- Breastfeeding Support Group
- Infant Nutrition Class

Public Health Nurse/ Staff visit for:

- Support before birth
- Support after birth
- Communicable Disease Prevention and Management
- Health Sexuality & Harm Reduction or Street Connections
- Tuberculosis Prevention and Management
- Other Service: _____

3. How did you receive our service In Person Over the phone Virtually

4. For each item below, please check the box that best describes your most recent experience.	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
a. I received the service or information I needed.				
b. The information I received was clear and easy to understand.				
c. I received useful information.				
d. Staff understood my needs.				
e. Staff were polite and respectful.				
f. I felt respected in making my own choices and decisions.				
g. Staff told me about helpful services and resources available in my community.				
h. I would recommend this service to others.				

5. Please tell us, were the service hours convenient for your schedule? Yes No

6. Did you feel comfortable talking about your experiences and asking questions, including (as applicable) sensitive issues such as grief, abuse, mental health problems, or substance use experiences? Yes No Not applicable

7. Did you feel discriminated against when receiving this service? Yes No

8. Is there anything you would like to share about your most recent experience? _____

9. **Overall**, how satisfied were you with the services or information you received?
 Very Satisfied Satisfied Dissatisfied Very dissatisfied

10. What can we do to improve our services? _____

11. In which community / community area do you live? St. James/Assiniboia Assiniboine South
 Downtown Point Douglas Seven Oaks Inkster Saint-Boniface Saint-Vital
 Fort Garry River Heights River East Transcona Other: _____

12. What is your age? <15 years 20-24 30-39 65+
 15-19 25-29 40-64 Prefer not to answer

13. What is your gender? Male Female Prefer to not to answer Prefer to self-describe as : _____

Thank you for sharing your experience in receiving Public Health Services.

If you would like to speak with someone about your experience, please contact WRHA Client Relations at 204-926-7825 or email ClientRelations@wrha.mb.ca

Veillez nous faire part de vos expériences des services de santé publique de Winnipeg. Vos réponses serviront à améliorer les programmes et services de Santé publique. Vos commentaires resteront anonymes.

<https://forms.office.com/r/NZuKAYaQFN>



1. Date du service: _____

2. Quel service de santé publique avez-vous reçu? (Cochez la case qui décrit le service le plus récent que vous avez reçu)

Services d'immunisation:

- Clinique Santé-voyage
- Autres services d'immunisation

Services de groupes de Santé publique:

- Groupe de soutien à l'allaitement
- Cours sur la nutrition des nouveau-nés

Infirmière de santé publique/visite du personnel pour:

- Soutien avant la naissance
- Soutien après la naissance
- La prévention et la prise en charge des maladies transmissibles
- Sexualité saine et la réduction des méfaits ou Street Connections
- Prévention et prise en charge de la tuberculose
- Autre (veuillez préciser): _____

3. How did you receive our service: En personne Par téléphone De façon virtuelle

4. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre expérience concernant chaque élément ci-dessous.	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
a. J'ai reçu le service ou l'information dont j'avais besoin.				
b. L'information que j'ai reçue était claire et facile à comprendre.				
c. J'ai reçu de l'information utile.				
d. Le personnel comprenait mes besoins.				
e. Le personnel était poli et respectueux.				
f. J'ai senti qu'on respectait mes choix et mes décisions.				
g. Le personnel m'a informé de services et ressources pratiques qui sont disponibles dans ma communauté.				
h. Je recommanderais ce service à d'autres personnes.				

5. Veuillez nous faire savoir si les heures de service convenaient à votre horaire ? [] Oui [] Non

6. Je me suis senti à l'aise de parler de mes expériences quant à des sujets sensibles, par exemple, le deuil, les expériences d'abus, les troubles de santé mentale, ou la toxicomanie. [] Oui [] Non [] Sans objet

7. Jugez-vous que l'on a fait preuve de discrimination à votre égard en recevant ce service? [] Oui [] Non

8. Souhaitez-vous ajouter d'autres commentaires concernant votre expérience la plus récente? _____

9. **Globalement:** Quel est votre degré de satisfaction concernant les services ou l'information que vous avez reçus?
 [] Très satisfait(e) [] Satisfait(e) [] Insatisfait(e) [] Très insatisfait(e)

10. Que pouvons-nous faire pour améliorer nos services? _____

11. Dans quelle zone communautaire vivez-vous? St. James/Assiniboia Assiniboine South
 Downtown Point Douglas Seven Oaks Inkster Saint-Boniface Saint-Vital
 Fort Garry River Heights River East Transcona Autre: _____

12. Quel âge avez-vous? < 15 ans 20-24 ans 30-39 ans 65+
 15-19 ans 25-29 ans 40-64 ans Je préfère ne pas répondre

13. Êtes-vous: Un homme Une femme Je préfère ne pas répondre Je préfère me décrire comme _____

Merci de nous avoir fait part de votre expérience auprès des Services de santé publique.

Si vous souhaitez parler à quelqu'un au sujet de votre expérience, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de l'ORSW au 204 926-7825 ou par courriel à l'adresse ClientRelations@wrha.mb.ca