

**Population and Public Health Individual and Family Client Feedback Form (Prenatal Connections)**

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://www.surveymonkey.com/r/JHMHJBG>



1. Date of service: \_\_\_\_\_
2. What Public Health service did you receive?  
 Phone call for:     support before birth     support after birth  
 Visit for:             support before birth     support after birth
3. Were you aware of the Prenatal Connections Program before coming to Winnipeg to give birth?  Yes     No  
 If yes, how did you find out about our program? \_\_\_\_\_

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 friendly and polite.				
f. I felt respected in making my own choices and decisions.				
g. Staff told me about helpful services and resources available in Winnipeg.				
h. I would recommend this service to others.				

5. Talking about mental health, grief, abuse or substance use can be hard. Did you feel you could talk openly?  
 Yes     No
6. Have you felt **unfairly** treated by public health staff because of your race or cultural background?  
 Yes     No
7. **Overall**, how satisfied were you with the services or information you received?  
 Very Satisfied     Satisfied     Dissatisfied     Very dissatisfied
8. What is your age?  
 <15 years     15-19 years     20-29 years     30-39 years     40-49 years     Prefer not to answer
9. What is your gender?  
 Male                     Female                     Other                     Prefer not to answer

**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](mailto:ClientRelations@wrha.mb.ca) or Indigenous Health Program at 204-940-8880, Toll Free 1-877-940-8880 or email: [connectme@wrha.mb.ca](mailto:connectme@wrha.mb.ca)

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

<https://www.surveymonkey.com/r/JHMHJBG>



1. Date du service: \_\_\_\_\_
2. Quel service de santé publique avez-vous reçu?  
 Appel téléphonique:     Soutien avant la naissance     Soutien après la naissance  
 Visite:                     Soutien avant la naissance     Soutien après la naissance
3. Connaissiez-vous le programme Prenatal Connections avant de venir accoucher à Winnipeg? [ ] Oui    [ ] Non  
 Si oui, comment avez-vous entendu parler de notre programme? \_\_\_\_\_

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 amical et poli.				
f. J'ai senti qu'on respectait mes choix et mes décisions.				
g. Le personnel m'a informé de services et ressources pratiques offerts à Winnipeg				
h. Je recommanderais ce service à d'autres personnes.				

5. Parler des troubles de santé mentale, du deuil, des expériences d'abus et de la toxicomanie peut être difficile. Vous êtes-vous senti(e) à l'aise d'en discuter?  
 [ ] Oui                    [ ] Non            [ ] Sans objet
6. Vous êtes-vous senti(e) injustement traité(e) par le personnel de la santé publique en raison de votre race ou de votre origine culturelle?  
 [ ] Oui                    [ ] Non
7. **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)
8. Quel âge avez-vous?  
 <15 ans     15 à 19 ans     20 à 29 ans     30 à 39 ans     40 à 49 ans     Je préfère ne pas répondre
9. Êtes-vous?  
 Un homme             Une femme             Autre             Je préfère ne pas répondre

**Merci de nous avoir fait part de votre expérience 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](mailto:ClientRelations@wrha.mb.ca) ou contactez le Programme de santé autochtone au 204 940-8880, numéro sans frais : 1 877 940-8880 ou par courriel à l'adresse [connectme@wrha.mb.ca](mailto:connectme@wrha.mb.ca).*