

# Formulaire de rétroaction



Nous visons l'excellence, par l'apprentissage et l'amélioration continue. Votre rétroaction nous intéresse ! Grâce à vos réponses, nous pourrions continuer d'offrir des soins de santé et des services psychosociaux de haute qualité. À cet effet, nous vous encourageons à répondre aux questions suivantes. Si vous préférez utiliser la version électronique de ce formulaire, consultez le lien suivant au <https://fr.surveymonkey.com/r/9FHBCKR>

Date de votre visite ou de votre interaction avec nous ? ( aaaa-jj-mm ) : \_\_\_\_\_

Mode(s) de prestation :  en personne  au téléphone  par courriel  par la poste

Nom du service, où vous avez été servi: \_\_\_\_\_

Quel était votre degré de satisfaction par rapport au service que vous avez reçu?

Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Insatisfait(e)  Très insatisfait(e)

Vous aimeriez nous partager votre appréciation ou une suggestion quant aux services offerts par notre organisation, nous vous serions reconnaissants de nous en faire part. Vos commentaires seront pris en considération par les instances concernées.

---

---

---

Souhaitez-vous qu'un de nos employés effectue un suivi auprès de vous concernant vos commentaires?  oui  non

Si oui, veuillez inscrire votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone pour que nous puissions communiquer avec vous.

---

Veillez remettre votre formulaire à l'endroit où vous avez été servi ou l'envoyer à :

Service des communications  
Centre de services ambulatoires de Laval  
1515, boulevard Chomedey  
Laval (Québec) H7V 3Y7

[COMMUNICATIONS.CISSSLAVAL@SSSS.GOUV.QC.CA](mailto:COMMUNICATIONS.CISSSLAVAL@SSSS.GOUV.QC.CA)

\*Les renseignements sont protégés conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec