

## FORMULAIRE DE DEMANDE – COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES (CCPF)

Si vous avez des questions au sujet du formulaire, composez le 613 938-4240, poste 1989.

Prénom et nom :			
Adresse municipale :			
Ville :		Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :		Téléphone (cellulaire) :	
Mode de communication préféré :	<input type="checkbox"/> Téléphone à domicile	<input type="checkbox"/> Téléphone cellulaire	<input type="checkbox"/> Courriel

**J'aimerais siéger au Comité consultatif des patients et des familles (CCPF) à titre de :**

- patient ou d'ancien patient;
- membre de la famille d'un patient;
- aidant naturel d'un patient.

**1) Mon expérience la plus récente à l'Hôpital communautaire de Cornwall remonte à :**

- Moins d'un an                       Moins de deux ans                       Plus de deux ans

**2) Je parle :**

- Anglais                       Français                       Autre langue

**3) J'ai reçu ou un membre de ma famille a reçu des soins offerts par les équipes de services de santé ou de soins de santé suivantes.**

***(Veuillez cocher tout ce qui s'applique) :***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Services de diagnostic<br><input type="checkbox"/> Services pour patients hospitalisés <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soins aux patients en phase critique</li> <li><input type="checkbox"/> Médecine et réadaptation</li> <li><input type="checkbox"/> Chirurgie</li> </ul> <input type="checkbox"/> Santé des femmes et des enfants | <input type="checkbox"/> Service des urgences<br><input type="checkbox"/> Services de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pour patients hospitalisés</li> <li><input type="checkbox"/> Programmes communautaires - Adultes</li> <li><input type="checkbox"/> Programmes communautaires - Enfants</li> </ul> <input type="checkbox"/> Autre <i>(Veuillez préciser.)</i> |
|---|--|

**4) Chaque mois, je peux consacrer le temps suivant au bénévolat :  
(Veuillez cocher une réponse.)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plus de 4 heures par mois<br><input type="checkbox"/> 1 à 2 heures par mois | <input type="checkbox"/> 3 à 4 heures par mois<br><input type="checkbox"/> Moins d'une heure par mois |
|--|---|

**5) Je pourrais siéger au CCPF pendant au moins deux (2) ans.**

- Oui  Non

**6) Veuillez indiquer quand vous pouvez assister à des réunions :**

- Matin  Après-midi

**7) En tant que membre du CCPF, j'aimerais aider à :  
(Veuillez cocher tout ce qui s'applique.)**

- élaborer ou revoir des documents d'information destinés aux patients et familles;
- améliorer le rôle que jouent le patient et sa famille dans le processus de décisions entourant les soins;
- améliorer les services de santé;
- informer ou former le personnel de soins de santé et les cliniciens en témoignant de mon expérience des soins de santé;
- revoir les politiques, les programmes et les pratiques qui ont une incidence sur les soins offerts aux patients et offrir des suggestions pour les améliorer;
- autres possibilités (Veuillez les décrire.)

Veuillez retourner le formulaire rempli par courriel à [feedback@cornwallhospital.ca](mailto:feedback@cornwallhospital.ca) ou par la poste à :

Hôpital communautaire de Cornwall  
840, avenue McConnell  
Cornwall (Ontario) K6H 5S5  
À l'attention de : Relations avec les patients