

We Ask Because We Care – S’informer pour mieux soigner

Nous recueillons des renseignements sociaux sur nos patients pour mieux comprendre qui nous traitons et les besoins uniques de nos patients. Ces renseignements serviront également à comprendre les expériences et les résultats des patients.

Dois-je répondre à toutes les questions?

Non. Toutes les questions sont facultatives et vous pouvez cocher « Je préfère ne pas répondre » si vous désirez ne pas répondre à certaines ou à toutes les questions. Cela n’aura aucune incidence sur vos soins.

Qui aura accès à ces renseignements?

Ces renseignements, visibles uniquement par votre équipe de fournisseurs de soins de santé, seront protégés, comme tous les renseignements concernant votre état de santé. En cas d’utilisation à des fins de recherche, ces renseignements seront compilés avec les renseignements de tous les autres patients et personne ne sera en mesure d’identifier les patients.

1. Dans quelle langue seriez-vous le plus à l’aise pour communiquer avec votre fournisseur de soins de santé?				
Choisissez seulement UNE RÉPONSE .				
<input type="checkbox"/> 1. Amharique	<input type="checkbox"/> 9. Anglais	<input type="checkbox"/> 17. Coréen	<input type="checkbox"/> 25. Somali	<input type="checkbox"/> 33. Urdu
<input type="checkbox"/> 2. Arabe	<input type="checkbox"/> 10. Farsi	<input type="checkbox"/> 18. Népalais	<input type="checkbox"/> 26. Espagnol	<input type="checkbox"/> 34. Vietnamien
<input type="checkbox"/> 3. ASL	<input type="checkbox"/> 11. Français	<input type="checkbox"/> 19. Polonais	<input type="checkbox"/> 27. Tagalog	<input type="checkbox"/> 35. Autre (veuillez préciser) : _____
<input type="checkbox"/> 4. Bengali	<input type="checkbox"/> 12. Grec	<input type="checkbox"/> 20. Portugais	<input type="checkbox"/> 28. Tamoul	
<input type="checkbox"/> 5. Chinois (cantonais)	<input type="checkbox"/> 13. Hindi	<input type="checkbox"/> 21. Pendjabi	<input type="checkbox"/> 29. Tigrigna	
<input type="checkbox"/> 6. Chinois (mandarin)	<input type="checkbox"/> 14. Hongrois	<input type="checkbox"/> 22. Russe	<input type="checkbox"/> 30. Turc	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 7. Tchèque	<input type="checkbox"/> 15. Italien	<input type="checkbox"/> 23. Serbe	<input type="checkbox"/> 31. Akuapem-twi	
<input type="checkbox"/> 8. Dari	<input type="checkbox"/> 16. Karen	<input type="checkbox"/> 24. Slovaque	<input type="checkbox"/> 32. Ukrainien	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas

2. Êtes-vous né(e) au Canada? <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas
Si NON , en quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada? _____

3. Lequel des groupes suivants décrit le mieux votre appartenance raciale ou groupe ethnique? Choisissez seulement UNE RÉPONSE .	
<input type="checkbox"/> 1. Asiatique de l’Est (par ex., Chinois(e), Japonais(e), Coréen(ne))	<input type="checkbox"/> 11. Latino-Américain(e) (par ex., Argentin(e), Chilien(ne), Salvadorien(ne))
<input type="checkbox"/> 2. Sud-Asiatique (par ex., Indien(ne), Pakistanais(e), Sri Lankais(e))	<input type="checkbox"/> 12. Métis
<input type="checkbox"/> 3. Asiatique du Sud-Est (par ex., Malaisien(ne), Philippin(e), Vietnamien(ne))	<input type="checkbox"/> 13. Originaire du Moyen-Orient (par ex., Égyptien(ne), Iranien(ne), Libanais(e))
<input type="checkbox"/> 4. Africain(e) noir(e) (par ex., Ghanéen(e), Kenyan(e), Somalien(ne))	<input type="checkbox"/> 14. Européen(e) blanc(he) (par ex., Anglais(e), Italien(ne), Portugais(e), Russe)
<input type="checkbox"/> 5. Caribéen(ne) noir(e) (par ex., Barbadien(ne), Jamaïcain(e))	<input type="checkbox"/> 15. Nord-américain(e) blanc(he) (par ex., Canadien(ne), Américain(e))
<input type="checkbox"/> 6. Nord-américain(e) noir(e) (par ex., Canadien(ne), Américain(e))	<input type="checkbox"/> 16. Ascendance mixte (par ex., Africain(e) noir(e) et Nord-américain(e) blanc(he)) Veuillez préciser : _____
<input type="checkbox"/> 7. Premières Nations	
<input type="checkbox"/> 8. Personne avec des origines de l’Inde (par ex., Guyanien(ne) avec des origines de l’Inde)	<input type="checkbox"/> 17. Autre(s) : Veuillez préciser : _____
<input type="checkbox"/> 9. Indigène/Autochtone – <i>non inclus ailleurs</i>	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 10. Inuit(e)	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas

4. L'une ou l'autre des situations suivantes s'appliquent-elles à vous? Cochez TOUTES les réponses pertinentes.

<input type="checkbox"/> 1. Maladie chronique	<input type="checkbox"/> 9. Aucune
<input type="checkbox"/> 2. Déficience développementale	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 3. Dépendance à la drogue ou à l'alcool	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> 4. Trouble d'apprentissage	
<input type="checkbox"/> 5. Maladie mentale	
<input type="checkbox"/> 6. Incapacité physique	
<input type="checkbox"/> 7. Déficience sensorielle (par ex., surdité ou perte de la vue)	
<input type="checkbox"/> 8. Autre (veuillez préciser) : _____	

5. Quelle est votre identité de genre? Choisissez seulement UNE RÉPONSE.

<input type="checkbox"/> 1. Femme	<input type="checkbox"/> 6. Autre (veuillez préciser) : _____
<input type="checkbox"/> 2. Intersexe	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 3. Homme	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> 4. Transgenre - Femme à homme [Trans – Female to Male]	
<input type="checkbox"/> 5. Transgenre- Homme à femme [Trans – Male to Female]	

6. Quelle est votre orientation sexuelle? Choisissez seulement UNE RÉPONSE.

<input type="checkbox"/> 1. Bisexuel(le) [Bisexual]	<input type="checkbox"/> 7. Autre (veuillez préciser) : _____
<input type="checkbox"/> 2. Gai [Gay]	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 3. H�t�rosexuel(le) [Heterosexual]	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> 4. Lesbienne [Lesbian]	
<input type="checkbox"/> 5. Queer/Allosexuel(le)	
<input type="checkbox"/> 6. Bi-spirituel(le) [Two-Spirit] (un terme utilisé par les Autochtones)	

7. Quel était votre revenu familial avant impôt l'année dernière? Choisissez seulement UNE RÉPONSE.

<input type="checkbox"/> 1. 0 \$ – 29 999 \$	<input type="checkbox"/> 88. Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 2. 30 000 \$ – 59 999 \$	<input type="checkbox"/> 99. Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> 3. 60 000 \$ – 89 999 \$	
<input type="checkbox"/> 4. 90 000 \$ – 119 999 \$	
<input type="checkbox"/> 5. 120 000 \$ – 149 999 \$	
<input type="checkbox"/> 6. 150 000 \$ ou plus	

8. Combien de personnes vivent de ce revenu?

_____ personne(s) 88. Je préfère ne pas répondre Je ne sais pas