

MESURE D'ADAPTATION DES SOINS™ (3-ITEMS)

Nom du patient : _____

Date : _____

1. Le personnel de l'hôpital a tenu compte de mes préférences et de celles de ma famille ou de mon aidant naturel pour décider de **ce que seraient** mes besoins en matière de soins de santé à ma sortie de l'hôpital.

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|
| Tout à fait en désaccord | En désaccord | D'accord | Tout à fait d'accord | Je ne sais pas/ Je ne me souviens pas/Sans objet |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|

2. Lorsque j'ai quitté l'hôpital, je comprenais de quoi je suis responsable pour gérer ma santé.

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|
| Tout à fait en désaccord | En désaccord | D'accord | Tout à fait d'accord | Je ne sais pas/ Je ne me souviens pas/Sans objet |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|

3. Lorsque j'ai quitté l'hôpital, je comprenais parfaitement pourquoi je devais prendre chacun de mes médicaments.

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|
| Tout à fait en désaccord | En désaccord | D'accord | Tout à fait d'accord | Je ne sais pas/ Je ne me souviens pas/Sans objet |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---|