

## Mesures Transitoires de Soins (MTS-3)

Nom du Patient: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1. Le service hospitalier a tenu compte de mes préférences et de celles de ma famille au moment de décider de ce que seraient mes besoins en soins de santé après avoir quitté l'hôpital?

Pas d'accord du tout	Pas d'accord moyennement	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ je ne me souviens pas / Inapplicable
----------------------	--------------------------	----------	---------------------	---

2. Quand je quittais l'hôpital, j'avais une compréhension exacte de ce dont j'étais responsable dans la gestion de ma santé?

Pas d'accord du tout	Pas d'accord moyennement	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ Je ne me souviens pas / Inapplicable
----------------------	--------------------------	----------	---------------------	---

3. Quand je quittais l'hôpital, j'avais clairement compris pourquoi je devrais régulièrement prendre chacun de mes médicaments?

Pas d'accord du tout	Pas d'accord moyennement	D'accord	Totalement d'accord	Je ne sais pas/ je ne me souviens pas / Inapplicable
----------------------	--------------------------	----------	---------------------	---