

# ÉVÉNEMENT ÉDUCATIF SUR **L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

## FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Veillez cocher(✓) ou entourer la réponse la plus appropriée :

**Je suis :**  un patient atteint d'insuffisance cardiaque  un fournisseur de soins/un membre de la famille/un ami  
 une personne qui aimerait en apprendre plus sur l'insuffisance cardiaque  un prestataire de soins de santé/un professionnel de la santé

**Veillez indiquer votre âge (facultatif):** \_\_\_\_\_ **Veillez indiquer votre sexe (facultatif):** \_\_\_\_\_

**Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure avez-vous trouvé l'événement d'aujourd'hui utile ou instructif?**

1       2       3       4       5   
*pas de tout*                      *quelque peu*                      *très*

**Veillez indiquer votre impression sur la durée de l'événement:**

trop court     trop long     juste ce qu'il faut

**Recommandez-vous que nous propositions à nouveau cet événement l'année prochaine ou à un moment donné dans le futur?**

oui                       non

**Veillez indiquer tout autre sujet lié à l'insuffisance cardiaque que vous nous suggérez de présenter la prochaine fois :**

**Comment évaluez-vous les éléments suivants (sur une échelle de 1 à 5, où 1 est mauvais et 5 est excellent) :**

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Le(s) conférencier(s) :   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| La salle/l'emplacement :  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Les présentations audiovisuelles :                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Le lien vers la réunion :<br><i>(pour le virtuel, le webinaire)</i> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**Y a-t-il un sujet particulier de la présentation d'aujourd'hui qui vous a le plus intéressé?**

**Souhaiterez-vous assister à de futurs événements éducatifs sur l'insuffisance cardiaque?**

oui                       non

**Si cela vous intéresse, veuillez fournir vos coordonnées**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous entendu parler de l'événement tenu aujourd'hui?**

**Veillez nous faire part de tout autre commentaire que vous pourriez avoir :**

**MERCI d'avoir pris le temps de répondre au présent questionnaire.**