

## Fiche d'évaluation de l'atelier « Des médicaments en trop? ».

Endroit (Bibliothèque) : \_\_\_\_\_

Date et heure (ex : Samedi 05 Novembre 2016 ; 11h) \_\_\_\_\_

<b>À l'aide de l'échelle suivante, cochez la case qui correspond le mieux à votre opinion</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Peu en accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>
<b>Qualité et pertinence</b>				
1. Le contenu était adapté pour moi				
2. L'information présentée était claire				
3. Le contenu était pertinent				
4. La documentation remise vous semble utile pour le public				
<b>Structure de l'activité</b>				
5. L'atelier a permis d'atteindre les objectifs annoncés (voir objectifs)				
6. Le temps alloué aux différents points était suffisant				
7. J'ai pu participer de façon active				
<b>Animation</b>				
8. Les animateurs ont su créer une atmosphère propice à l'échange				
9. Il y avait une bonne complémentarité entre les animateurs				
10. Les animateurs ont répondu aux questions de manière claire et pratique				
<b>Dans l'ensemble</b>				
11. L'atelier a répondu à mes attentes				
12. Je recommanderais cette activité				

Identifiez deux caractéristiques que vous avez particulièrement appréciées dans cet atelier :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Écrivez une ou deux suggestions pour améliorer cet atelier

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**Sur une échelle de 10, à combien évalueriez-vous votre niveau de satisfaction globale vis-à-vis de l'atelier « Des médicaments en trop? »**

...../10

(Votre note)

**Afin de vérifier si ce projet a contribué à augmenter votre niveau de connaissances sur certains aspects en lien avec votre pratique, svp, répondre aux questions suivantes :**

Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance sur le thème abordé **avant** votre participation à ce projet?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance sur le thème abordé **après** votre participation à ce projet?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Autres sujets que vous aimeriez voir abordés par les médecins :

---

---

---

Autres commentaires et suggestions

---

---

---

Informez – vous des futures activités de « Ma santé, c'est mon choix » **Encerclez :** OUI NON

Courriel :

---

**ENCERCLEZ :** Je suis :    UNE FEMME                      UN HOMME                      AUTRE

Quel âge avez-vous? .....ans

**ENCERCLEZ :** Quelle est votre niveau d'éducation?

                    Primaire    Secondaire    Collégiale    Universitaire

***Merci d'avoir complété cette fiche d'évaluation.***