

Introduction à l'étude Radiology-Readiness™ de RAD-AID

Bienvenue à l'étude Radiology-Readiness™. Cette étude a été conçue par RAD-AID™ International, un organisme à but non-lucratif et non-gouvernemental, désigné à améliorer l'accès et la qualité des services d'imagerie médicale dans les régions du monde ayant des ressources limitées. Le contenu de l'étude Radiology-Readiness™ a été modifié avec la collaboration de l'Organisme Mondial de la Santé (OMS).

Cette étude Radiology-Readiness™ est conçue pour aider RAD-AID™ à:

1. Comprendre les bienfaits et l'impact qu'a votre établissement envers la communauté locale.
2. Identifier les bienfaits potentiels qu'aura votre établissement en offrant des services radiologiques et l'impact qu'aura cette introduction ou cette augmentation de services d'imagerie médicale sur l'atteinte de vos objectifs envers les soins aux patients.
3. Comprendre les caractéristiques liées à l'infrastructure, l'épidémiologie, l'éducation, l'administration, la logistique, les finances, et les composées cliniques de votre établissement, afin d'optimiser les services d'imagerie médicale livrés à vos patients.

Toute information de cette étude sera considérée **privilégiée et confidentielle**.

L'étude portera sur les sujets suivants :

1. L'engagement communautaire et la satisfaction du patient
2. L'épidémiologie des maladies
3. Les ressources cliniques non-radiologique (incluant tests en laboratoire et les renvois de service)
4. L'éducation et la formation médicale continue

5. L'ingénierie, la communication et l'infrastructure des technologies de l'information
6. Les mécanismes pour assurer et évaluer la qualité des images ainsi que la sécurité du patient
7. L'inventaire, l'usure, l'entretien et la réparation des appareils d'imagerie médicale
8. Les finances de l'établissement et les besoins/ressources financières de la population de patients



Informations Générales

1. Veuillez inscrire le nom et l'adresse de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville :

Etat/Province :

Code postal :

Pays :

2. Veuillez indiquer les noms des **autres organismes de la santé** (nationaux ou internationaux) qui desservent votre communauté.

3. Qui sera le **contact principal** entre votre établissement et RAD-AID™?

Nom :

Titre :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville :

Etat/province :

Pays :

Courriel :

Téléphone :

4. Propriétaire de l'établissement et affiliations.

Veuillez choisir toutes les options applicables.

Public/gouvernement

Affiliation universitaire

Privé

Affiliation/organisme religieux

Corporation

Autre

À but non-lucratif

Si Autre, veuillez spécifier :

5. Votre établissement se classe comme suit :

Veuillez choisir la meilleure option.

Centre régional tertiaire

Centre d'imagerie médicale

Communautaire/hôpital

Petit dispensaire/petite clinique

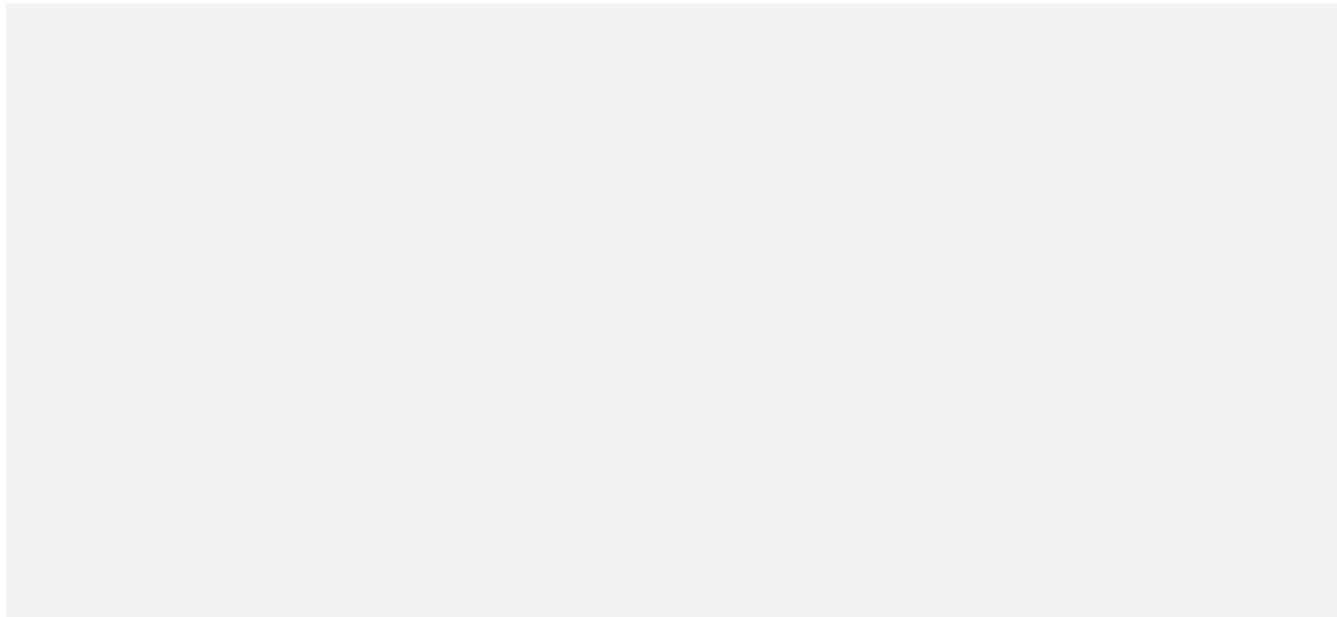
Centre de santé
communautaire ou clinique
de soins ambulatoires

Autre

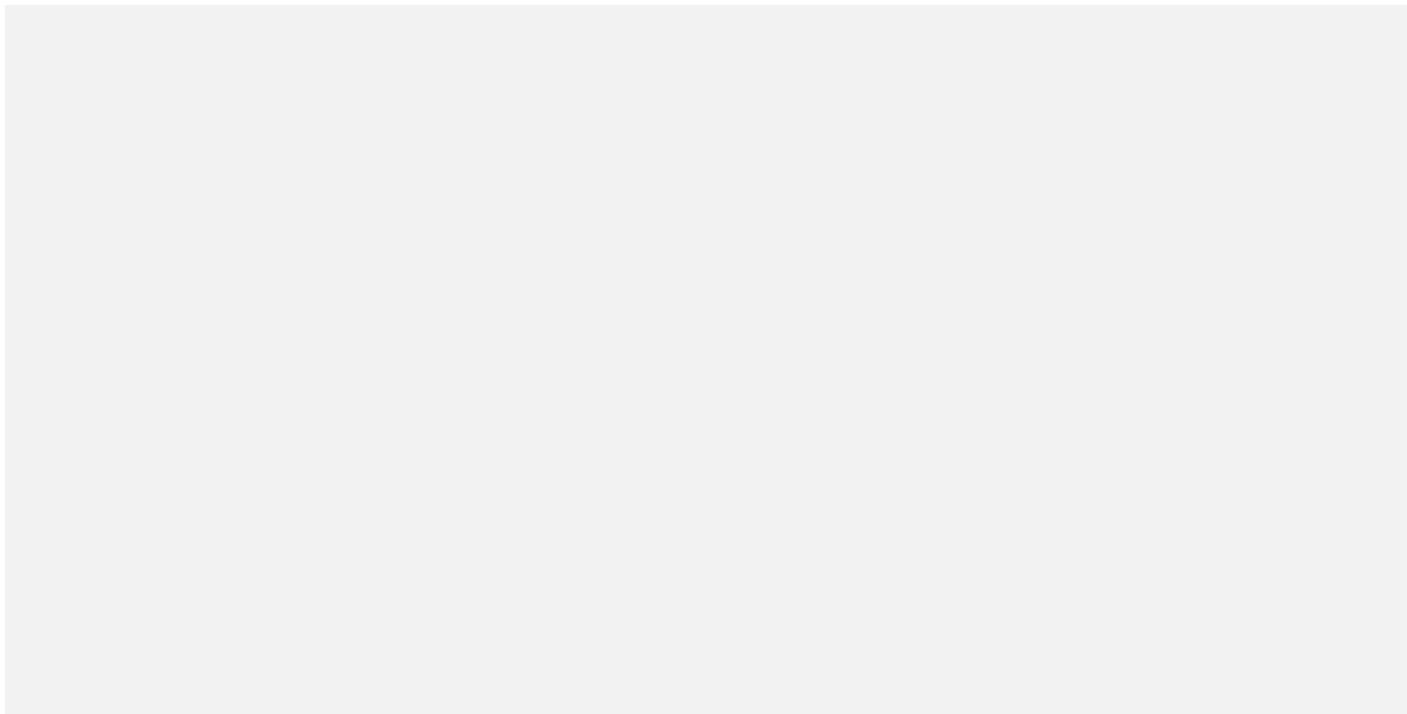
Si Autre, veuillez spécifier :

6. Veuillez indiquer la population approximative desservie par votre établissement :

7. Veuillez indiquer, par ordre décroissant, les **trois principaux défis auxquels votre établissement fait face**. Veuillez expliquer la nature de chaque défi et pourquoi ce défi est problématique pour votre établissement.

A large, empty rectangular box with a light gray background, intended for the respondent to write their answer to question 7.

8. Autres commentaires :

A large, empty rectangular box with a light gray background, intended for the respondent to write their answer to question 8.

Engagement communautaire et satisfaction du patient

1. Nom de l'établissement :

2. Est-ce que votre établissement appuie, commandite, ou organise des **projets communautaires** ?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez décrire :

3. Avez-vous des **stratégies** pour aider votre communauté à découvrir les services offerts par votre établissement ? Si oui, veuillez décrire brièvement vos stratégies (brochures, publicité imprimée, bouche-à-oreille, etc.) ?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez décrire :

4. Parmi vos patients, combien comprennent l'utilité des services d'imagerie médicale aux fins de dépistage, selon les situations/modalités suivantes ?

	Aucuns	< 10%	10 à 33 %	34 à 66 %	67 à 99 %	Tous
Cancer du sein (mammographie)	<input type="radio"/>					
Ostéoporose (DEXA)	<input type="radio"/>					
Grossesse (Échographie)	<input type="radio"/>					
Tuberculose ou autre maladies pulmonaires (radiographie pulmonaire)	<input type="radio"/>					

5. En moyenne, quel est le **délai d'attente** pour vos patients, afin qu'ils puissent obtenir les services suivants, en **soins ambulatoires** ?

	Non disponible	≤ 24 heures	2 à 3 jours	≤ 1 semaine	≤ 1 mois	> 1 mois
Rencontrer un médecin	<input type="radio"/>					
Tomodensitométrie	<input type="radio"/>					
Radiographie	<input type="radio"/>					
Échographie	<input type="radio"/>					
IRM	<input type="radio"/>					
Mammographie	<input type="radio"/>					
Médecine Nucléaire	<input type="radio"/>					
Radiologie d'intervention	<input type="radio"/>					
Fluoroscopie digestive	<input type="radio"/>					

6. Quel est le délai d'attente pour vos patients, afin qu'ils puissent rencontrer un médecin en **urgence** ?

- < 30 minutes
- 30 minutes à 1 heure
- 1 à 2 heures
- 2 à 6 heures
- 6 à 10 heures
- >10 heures

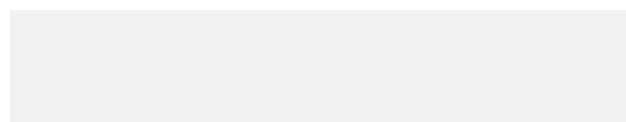
7. Avez-vous des procédures mises en place afin d'évaluer la **satisfaction du patient** ?

- Oui
- Non

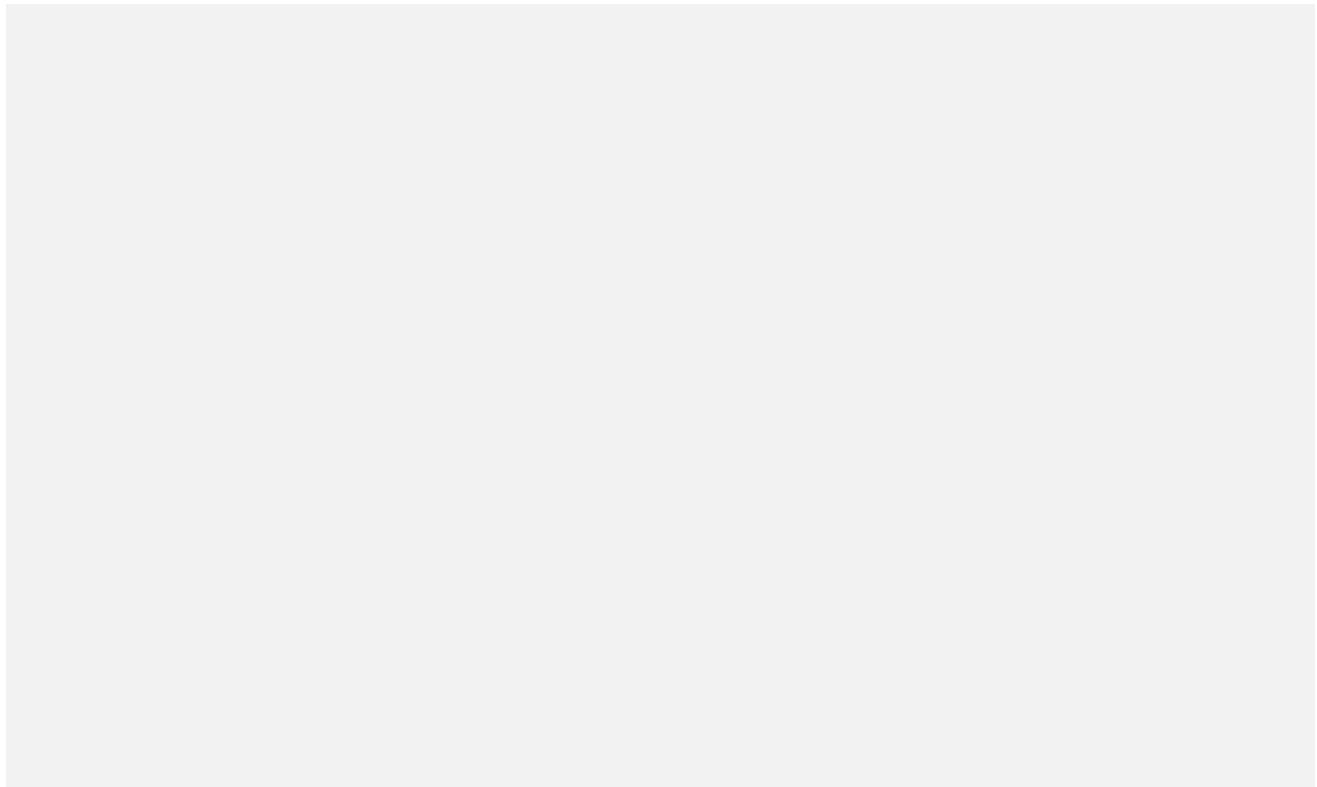
A. Quelles méthodes utilisez-vous afin d'évaluer la **satisfaction du patient** ? **Veuillez choisir toutes les méthodes applicables.**

- Sondage ou questionnaire papier, complété par le patient
- Sondage ou questionnaire par ordinateur/internet, complété par le patient
- Appel téléphonique avec le patient
- Correspondance par courriel avec le patient
- Discussion en personne, avec le patient
- Autre

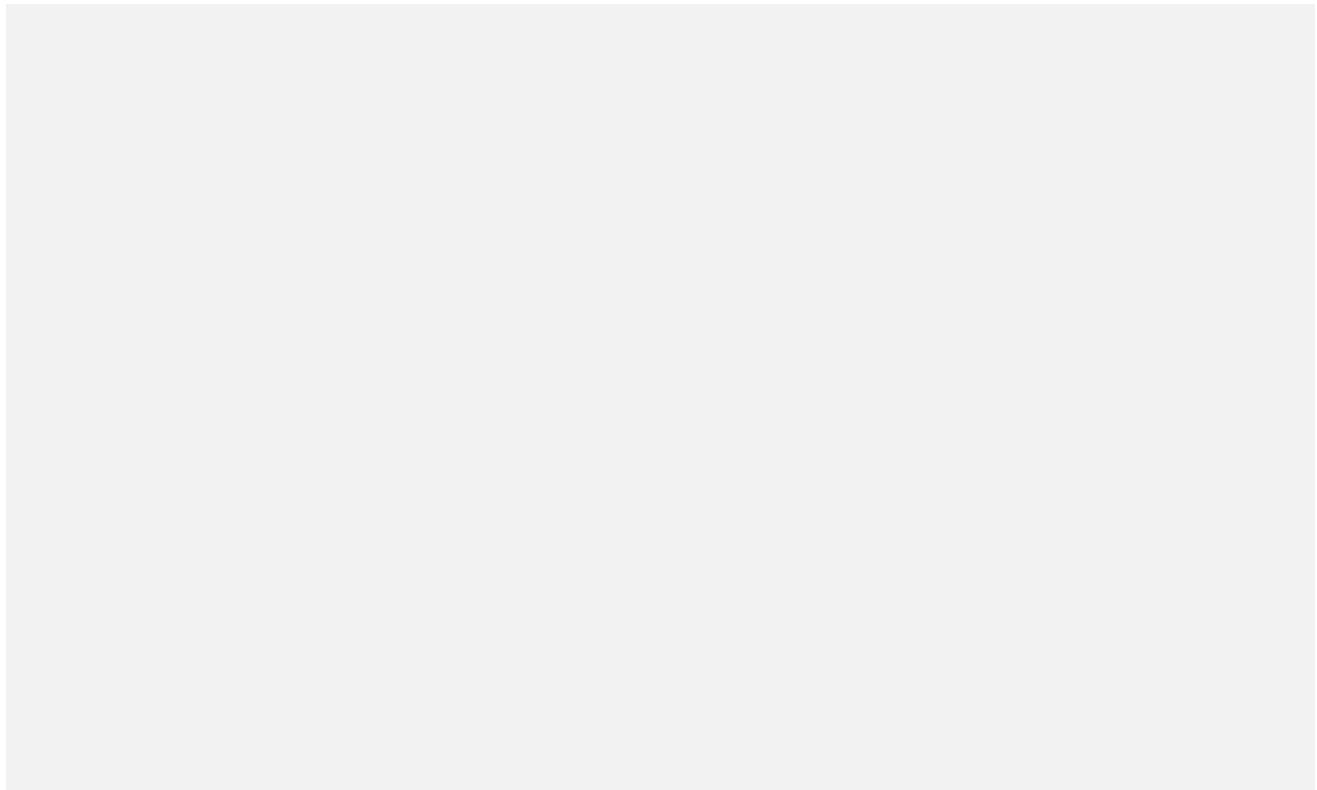
Si Autre, veuillez spécifier :



8. Quels sont **vos objectifs** afin d'améliorer le service apporté au patient ?



9. Autres commentaires :

A large, empty gray rectangular box, likely a placeholder for handwritten or typed additional comments.

Épidémiologie des maladies

1. Nom de l'établissement :

2. À quelle fréquence traitez-vous des patients avec les **maladies infectieuses** suivantes ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Maladie diarrhéique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections des voies respiratoires inférieures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatites virales (B ou C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. À quelle fréquence traitez-vous des patients pour les **maladies tropicales non-traitées** suivantes ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Ulcère de Buruli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie de Chagas (Trypanosomiase Américaine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cysticercose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dengue/dengue hémorragique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dracunculose (maladie du ver de Guinée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echinococcosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distomatose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trypanosomiase Africaine humaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leishmaniose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lèpre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filariose lymphatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onchocercose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schistosomiase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helminthiase transmise par le sol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Ascaris
lumbridoïdes,
Trichuris trichiura et
l'ankylostomiasis)

Trachome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podoconiose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongyloïdose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. À quelle fréquence traitez-vous des patients pour ces **cancers primaires** ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cervical/utérin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colon/rectum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Œsophage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulmonaire, bronchial, trachéal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphomes ou myélomes multiples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mélanomes ou autres cancers de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buccal ou oropharynx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pancréas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. À quelle fréquence traitez-vous des patients pour ces **maladies chroniques, non-transmissibles** ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Troubles liés à l'usage excessif de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alzheimer ou autre démence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie vasculaire cérébrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MPOC/Emphysème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète sucré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopathie ischémique ou hypertensive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. À quelle fréquence traitez-vous des patients ayant des **traumatismes (traumas)** ou des **conditions médicales de type mère/enfant** ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Grossesse	□	□	□	□
Hémorragie peripartum	□	□	□	□
Infections néonatales	□	□	□	□
Asphyxie néonatale et/ou traumatisme de naissance	□	□	□	□
Prématurité et/ou faible poids à la naissance	□	□	□	□
Traumatisme et/ou blessure musculosquelettique	□	□	□	□
Accident de la route	□	□	□	□

7. Veuillez identifier les procédures disponibles dans votre établissement.

Veuillez choisir toutes les procédures applicables.

- Césarienne
- Biopsie guidée par imagerie
- Biopsie chirurgicale
- Drainage percutané de liquide/abcès

8. Autres commentaires ?

Démographie de la population de patients, capacité de service, et habitudes de renvois de service

1. Nom de l'établissement :

2. Quel pourcentage de vos patients se retrouvent dans les **catégories démographiques** suivantes ?

	Aucuns	< 10 %	10 à 33 %	34 à 66 %	67 à 99 %	Tous
Moins de 18 ans	<input type="radio"/>					
Plus de 50 ans	<input type="radio"/>					
Sexe féminin	<input type="radio"/>					

3. Combien y'a-t-il de lits pour patients hospitalisés dans votre établissement ?

4. En moyenne, quel est le **taux d'occupation des lits pour patients hospitalisés** ?

- N/A
- < 10 %
- 10 à 33 %
- 34 à 66 %
- 67 à 90 %
- > 90 %

5. En moyenne, combien de **patients ambulants** sont vus à chaque jour dans votre établissement ?

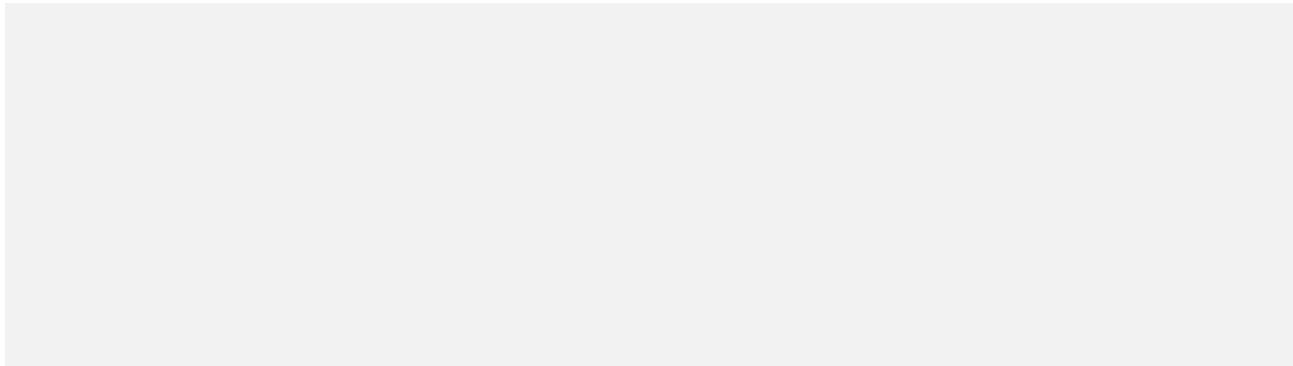
6. À quelle fréquence vos **médecins** pratiquent-ils de la médecine, hors de leurs champs de compétence (par exemple, un interniste qui effectue des chirurgies) ?

- Rarement
- Parfois
- Fréquemment

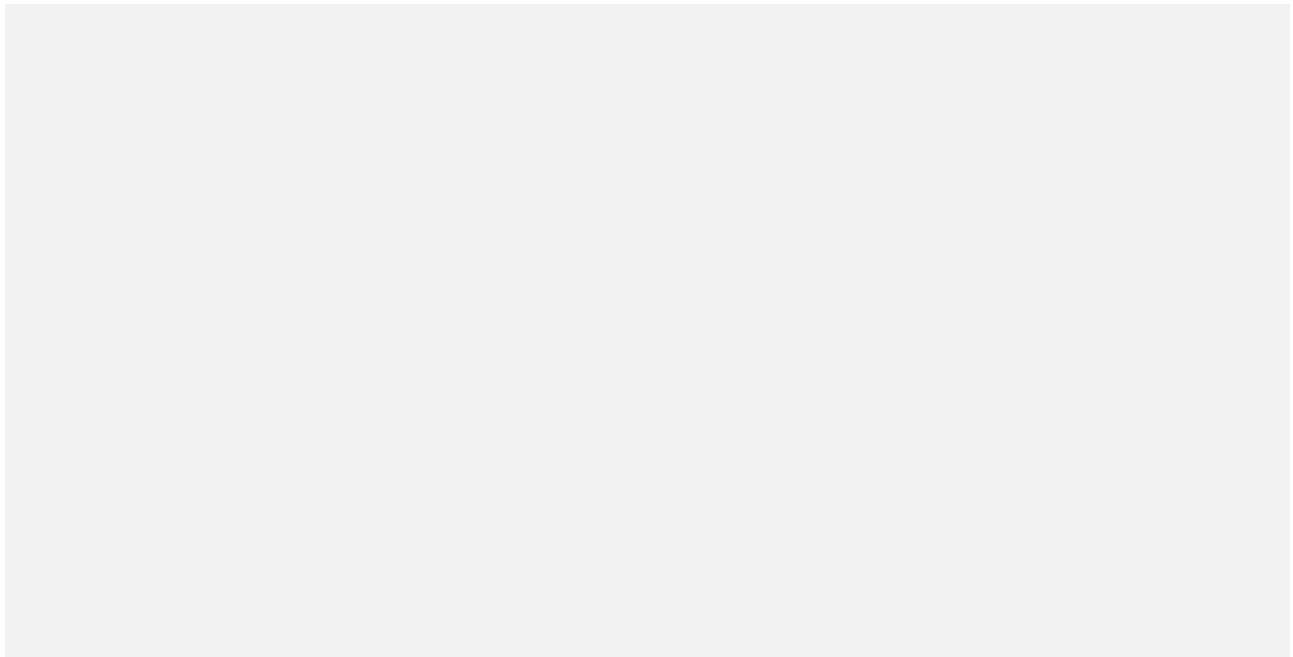
7. Est-ce que votre établissement réfère des patients à d'autres établissements?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez indiquer les hôpitaux et/ou cliniques auxquels vous référez vos patients. Veuillez également indiquer la distance de ces établissements par rapport au vôtre.



8. Autres commentaires :



Tests cliniques

1. Nom de l'établissement :

2. Quels **tests microbiologiques** sont disponibles dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Culture fécale
- Culture et analyse d'urine
- Mycobactéries
- Bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR)
- PCR pour tuberculose
- Culture bactérienne
- Sensibilité des bactéries aux antibiotiques
- ELISA pour VIH
- Test Western Blot pour VIH
- PCR pour VIH

3. Quels **tests de chimie clinique** sont disponibles dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Électrolytes (Na, K, HCO3, Cl, Ca, Mg, Fe, PO4)
- Fonction rénale (BUN, Cr)
- Glucose
- Albumine et protéines totales
- PCR pour tuberculose
- Fonction hépatique (AST, ALT, GGT, Alk Phos, Bili)
- Sensibilité des bactéries aux antibiotiques
- Gaz sanguins (O2, CO2)

4. Quels **tests d'hématologie** sont disponibles dans votre établissement ?
Veuillez choisir toutes les options applicables.

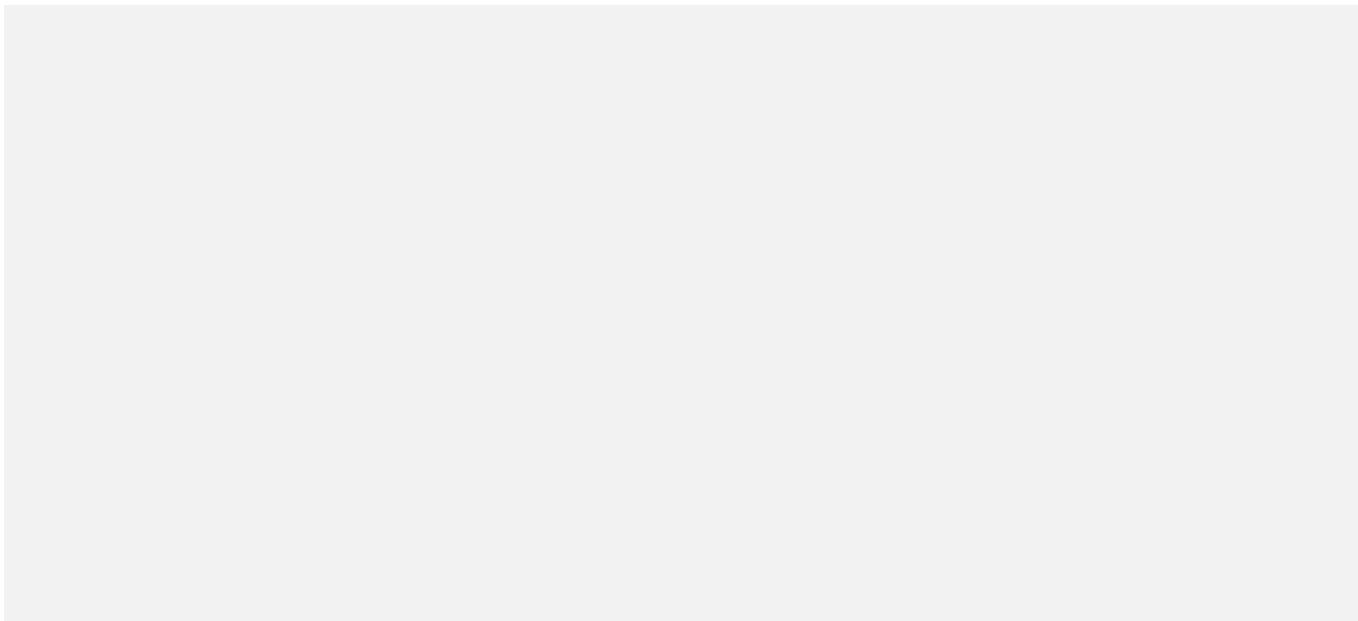
- Hématocrite/Hémoglobine
- Formule leucocytaire
- Plaquettes
- Formule différentielle des globules blancs
- Frottis sanguin
- INR et prothrombine
- TCK

5. Quelles sont les **ressources de pathologie clinique** disponibles dans votre établissement ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Pathologie chirurgicale (microscopique)
- Cytopathologie
- Autopsie
- Colposcopie
- Test PAP

6. Autres commentaires :

A large, empty rectangular box with a light gray background, intended for the respondent to provide additional comments or information.

Agents pharmaceutiques et autres fournitures médicales

1. Nom de l'établissement :

2. Quels **agents pharmaceutiques** sont disponibles dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Solutés intraveineux
- Oxygène
- Anesthésiques généraux
- Anesthésiques locaux
- Sédation pour procédures de courte durée (ex. : midazolam, propofol, fentanyl, etc.)
- Désinfectants et antiseptiques (ex. : alcool, iodé, etc.)
- Réhydratation orale
- Antiacides et autres médicaments antiulcéreux
- Hormones pour thyroïde et médicaments antithyroïdiens

3. Quels **agents antimicrobiens** sont disponibles dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Anthelminthiques (ex. : anti-schistosomales)
- Antibiotiques (ex. : pénicilline)
- Médicaments contre la tuberculose (ex. : Isoniazid)
- Agents antifongiques systémiques (ex. : Fluconazole)
- Antirétroviraux (VIH)
- Médicaments antipaludéen (ex. : Mefloquin)

4. Quels **médicaments cardiovasculaires et pulmonaires** sont disponibles dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Médicament contre l'angine (ex. : nitroglycérine)
- Médicament antiarythmique (ex. : amiodarone)
- Médicaments contre l'hypertension
- Agents désignés à abaisser le taux de lipides (ex. : statines)
- Diurétiques
- Médicaments contre l'asthme et pour MPOC

5. Quels **agents anti-inflammatoires** sont disponibles dans votre établissement ?
Veuillez choisir toutes les options applicables.

- AINS
- Corticostéroïdes

6. Quels **vaccins** sont disponibles dans votre établissement ?
Veuillez choisir toutes les options applicables.

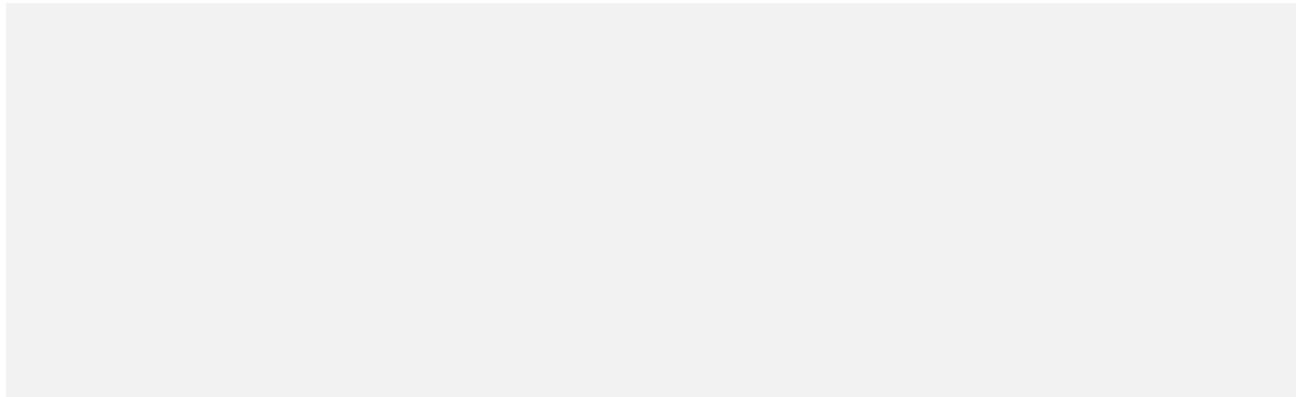
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | <input type="checkbox"/> Polio (vivant) | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Rage |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole | <input type="checkbox"/> Fièvre jaune |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenza type-B | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Typhoïde |
| <input type="checkbox"/> Pneumocoque | <input type="checkbox"/> Méningocoque | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Polio (inactivé) | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Encéphalite japonaise |

7. Quelle(s) **méthode(s) de désinfection et de stérilisation** utilisez-vous pour l'équipement chirurgical ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Vapeur et haute pression (ex. : autoclave)
- Chaleur sèche (ex : four)
- Stérilisation par procédé chimique (ex : ozone)
- Javélisant au chlore
- Aldéhydes (ex : formol, gutaraldéhyde)
- Peroxyde d'hydrogène
- Acide (ex. : acide peracétique)
- Ionisation (rayons-X)
- Ultraviolets (UV)

8. Autres commentaires :



Ressources humaines

1. Nom de l'établissement :

2. Veuillez indiquer le nombre de **médecins (pas spécialisés en imagerie médicale)** dans votre établissement, selon leur spécialité.

	Aucuns	1 à 4	5 à 10	> 10
Anesthésiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies et immunologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie cardiothoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecine d'urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endocrinologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastroentérologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecine interne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie (non-obstétricale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hématologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies infectieuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soins Intensifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mastologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie maxillo-faciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néonatalogie (Soins intensifs néonatals)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néphrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurochirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstétrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oncologie – médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oncologie – chirurgicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophtalmologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopédie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pédiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiothérapie et réhabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie plastique (esthétique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio-oncologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhumatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie vasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Veuillez indiquer le nombre de **personnel soignant, spécialisés en imagerie médicale**, dans votre établissement, selon les catégories suivantes :

	Aucuns	1 à 4	5 à 10	> 10
Radiologues (tous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiologues spécialisés (veuillez inscrire les spécialités dans la section ci-dessous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologues en imagerie médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologues en échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiciens médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez décrire les spécialités des radiologues ici (si applicable) :

4. Les radiologues de votre établissement peuvent-ils travailler dans d'autres établissements non-affiliés (ex. : à la fois au privé et au public) ?

Oui

Non

5. Veuillez indiquer le nombre de **professionnels de la santé (qui ne sont pas des médecins)** qui œuvrent dans votre établissement.

	Aucuns	1 à 4	5 à 10	> 10
Infirmier/infirmières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sages-femmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auxiliaires médicaux, assistant(e)s médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien/techniciens en pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologues en laboratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrateurs, comptables, personnel à la direction, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Quels types de personnel travail à votre établissement ?
Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Employé(e)s à temps plein/partiel
- Bénévoles
- Résidents ou médecins nouvellement gradués
- Étudiants en médecine

7. Est-ce que votre établissement est actuellement en **pénurie** de professionnels de la santé, tels énumérés ci-haut ? Si Oui, veuillez décrire la situation dans la boîte de commentaires ci-dessous.

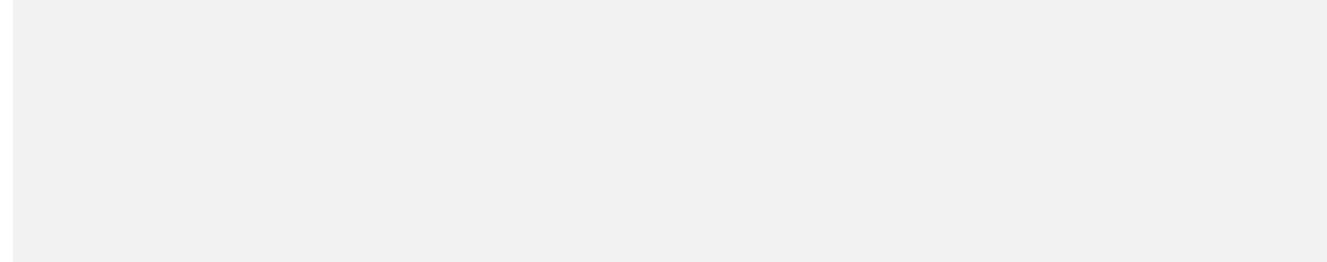
- Oui
- Non

Commentaires :

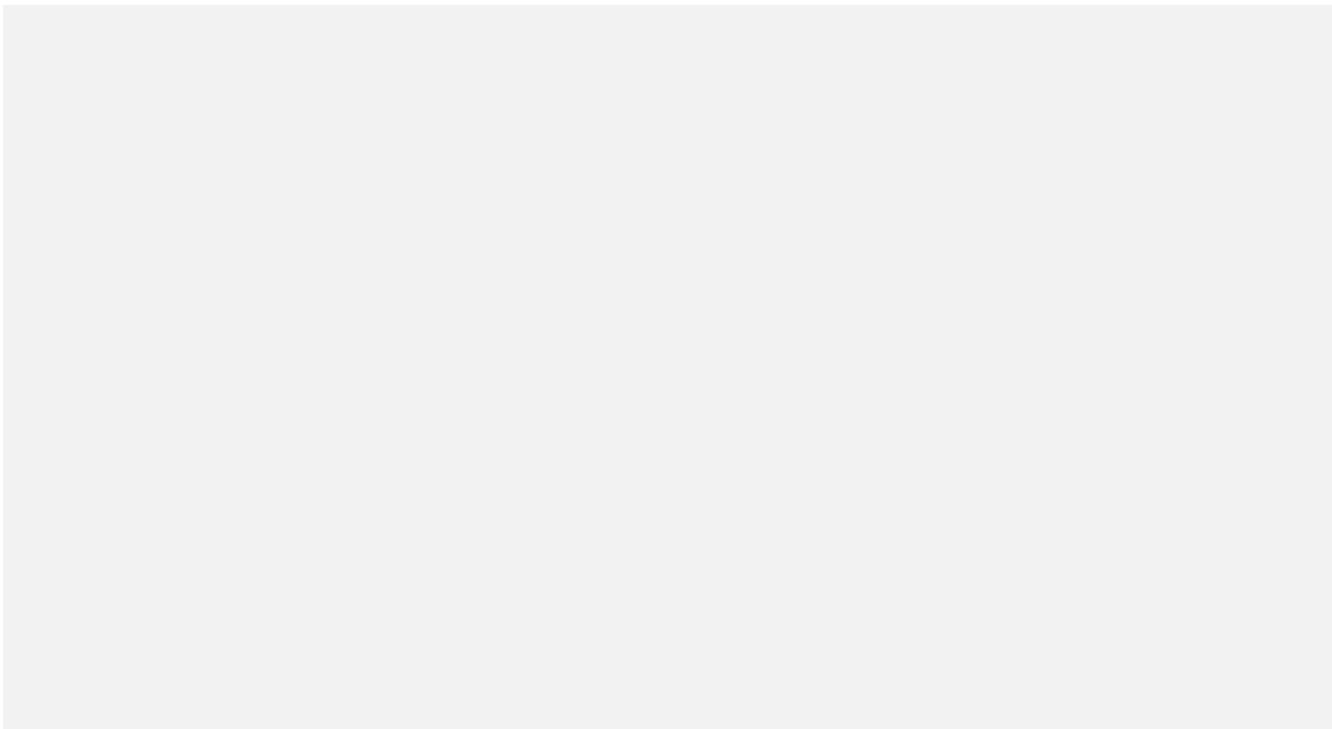
8. Votre établissement souffre-t-il d'un **roulement élevé d'employés** pour toutes ou quelques-unes les professions nommées ci-haut ? Si Oui, veuillez décrire la situation dans la boîte de commentaires ci-dessous.

- Oui
- Non

Commentaires :

A large, empty, light gray rectangular box with a thin black border, occupying the space below the question and above the next question.

9. Autres commentaires :

A large, empty, light gray rectangular box with a thin black border, occupying the space below the question and above the bottom of the page.

Éducation et formation continue

1. Nom de l'établissement :

2. Veuillez indiquer le **plus haut niveau de formation requis** pour chaque profession ci-dessous :

	Je ne sais pas	Secondaire/École professionnelle	Diplôme (2-3 ans post-secondaire)	Collège/Université
Radiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologue en imagerie médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologue en échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsable radioprotection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physicien médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Quelles professions exigent de **l'éducation médicale continue**, tout au long de la carrière ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Radiologue
- Technologue en imagerie médicale
- Technologue en échographie
- Infirmier/infirmière
- Responsable en radioprotection
- Physicien médical

4. Veuillez indiquer le niveau d'accessibilité à **l'éducation médicale continue** pour les **radiologues** de votre établissement. Vous pourriez élaborer dans la section Commentaires ci-dessous. **Si vous n'avez pas de radiologues à votre établissement, veuillez passer à la prochaine question.**

	Rarement ou jamais accessible	Accessibilité limitée	Généralement accessible	Toujours ou presque toujours accessible
Formation (en personne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (imprimés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions nationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions internationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

5. Veuillez indiquer le niveau d'accessibilité à **l'éducation médicale continue** pour les **technologies en imagerie médicale** de votre établissement. Vous pourriez élaborer dans la section Commentaires ci-dessous. **Si vous n'avez pas de technologies à votre établissement, veuillez passer à la prochaine question.**

	Rarement ou jamais accessible	Accessibilité limitée	Généralement accessible	Toujours ou presque toujours accessible
Formation (en personne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (imprimés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions nationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions internationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

6. Veuillez indiquer le niveau d'accessibilité à **l'éducation médicale continue** pour les **technologues en échographie** de votre établissement. Vous pourriez élaborer dans la section Commentaires ci-dessous. **Si vous n'avez pas de technologues à votre établissement, veuillez passer à la prochaine question.**

	Rarement ou jamais accessible	Accessibilité limitée	Généralement accessible	Toujours ou presque toujours accessible
Formation (en personne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (imprimés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journaux (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions nationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences/ Réunions internationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

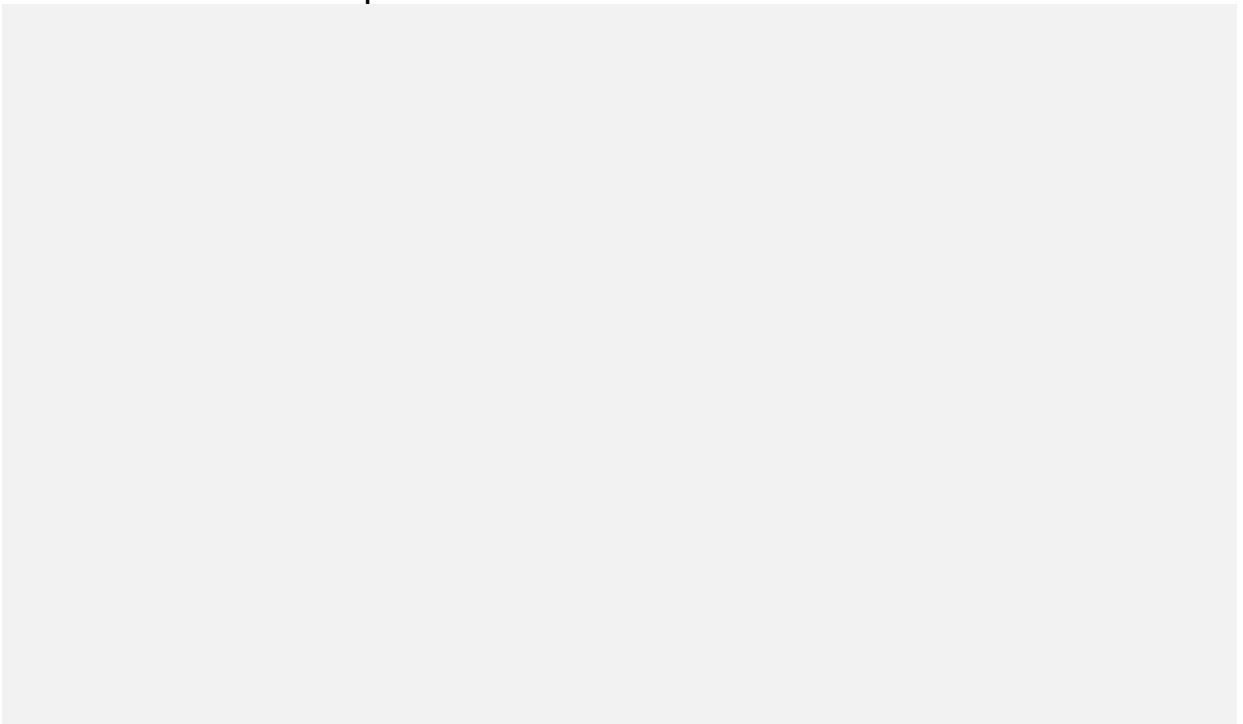
7. Formez-vous des **responsables en radioprotection** dans votre établissement ?

- Oui
- Non

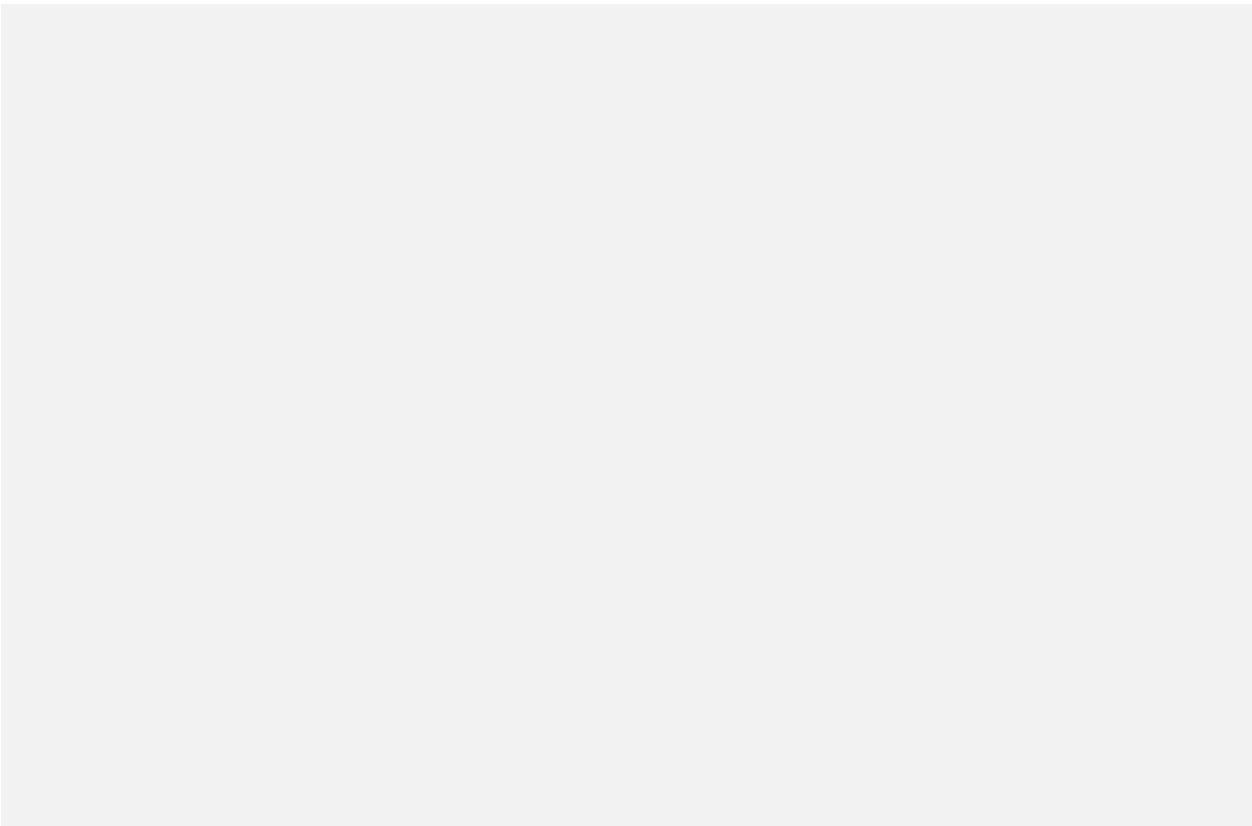
8. Formez-vous de **physiciens médicaux** dans votre établissement ?

- Oui
- Non

9. Veuillez décrire vos suggestions pour de futurs programmes de formation et d'éducation continue que vous aimeriez à votre établissement.

A large, empty rectangular box with a light gray background, designed for the respondent to write their suggestions for future programs.

10. Autres commentaires ?

A large, empty rectangular box with a light gray background, designed for the respondent to write any additional comments.

L'infrastructure du bâtiment, de l'électricité, du contrôle climatique et du transport

1. Nom de l'établissement :

2. Veuillez évaluer la fiabilité de votre **source principale d'électricité** selon sa disponibilité :

- Tout le temps (100 %)
- 75 à 99 % du temps
- 50 à 74 % du temps
- < 50 % du temps

3. La stabilité de votre **source principale d'électricité** est :

- Toujours stable
- Parfois stable
- Fréquemment instable

4. Est-ce que vos appareils électroniques sont connectés sur des **stabilisateurs de tension** ?

- Oui
- Non

5. Avez-vous une **source d'énergie de secours** ?

- Oui
- Non

A. Quelle(s) **source(s) d'énergie de secours** utilisez-vous dans votre établissement ? Veuillez choisir toutes les options applicables.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Batterie | <input type="checkbox"/> Énergie solaire |
| <input type="checkbox"/> Diésel/essence | <input type="checkbox"/> Hydro-électricité |

Gaz naturel

Énergie géothermale

Propane

B. Quel est la **puissance** typique de votre génératrice/**source d'énergie de secours** (kW) ?

[REDACTED]

6. Quel est la **surface totale**, en mètres carrés, de votre établissement ?

[REDACTED]

7. Approximativement, quel pourcentage de cette surface est **désigné à l'imagerie médicale** ?

[REDACTED]

8. Quels matériaux sont utilisés pour la **charpente** de vos bâtiments ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

Acier

Bois

Pierre/briques

9. Quels matériaux sont utilisés pour les **murs** de vos bâtiments ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

Blindage plombé

Gyproc (placoplâtre)

Plâtre

Bois

Pierre/briques

10. Quels type(s) de **sous-plancher** avez-vous au niveau le plus bas de vos bâtiments ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

Béton

Plancher de terre

11. Votre établissement a-t-il la capacité (limite de taille et poids) pour **l'installation d'équipement lourd**, excédant deux tonnes métriques, telles une tomodensitométrie ou une unité IRM ?

Oui

Non

Ne sais pas

12. Quelle est la **plage de température intérieure** de votre établissement ?

Veuillez indiquer la température basse moyenne et la température élevée moyenne en degrés Celsius.

Température annuelle basse (en ° C)

Température annuelle élevée (en ° C)

13. À quelle fréquence sont disponibles les ressources suivantes ?

	Toujours ou presque	Assez souvent	Parfois	Rarement ou jamais
Air climatisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système de chauffage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déshumidificateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Avez-vous des problèmes avec de la **condensation d'eau** sur vos murs et/ou votre équipement, à un moment quelconque de l'année ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous des problèmes avec l'accumulation de **poussière** sur votre équipement ?

- Oui
- Non

16. Veuillez indiquer la **disponibilité** des ressources/éléments suivants à votre établissement ?

	Non disponible	Souvent en pénurie	Souvent disponible	Toujours disponible
Eau potable (pas nécessairement stérilisé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eau stérilisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un système de plomberie intact, fonctionnel – pour la distribution d'eau dans votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un système d'égouts ou de fausse septique intact, fonctionnel – pour l'élimination des déchets d'origine humaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

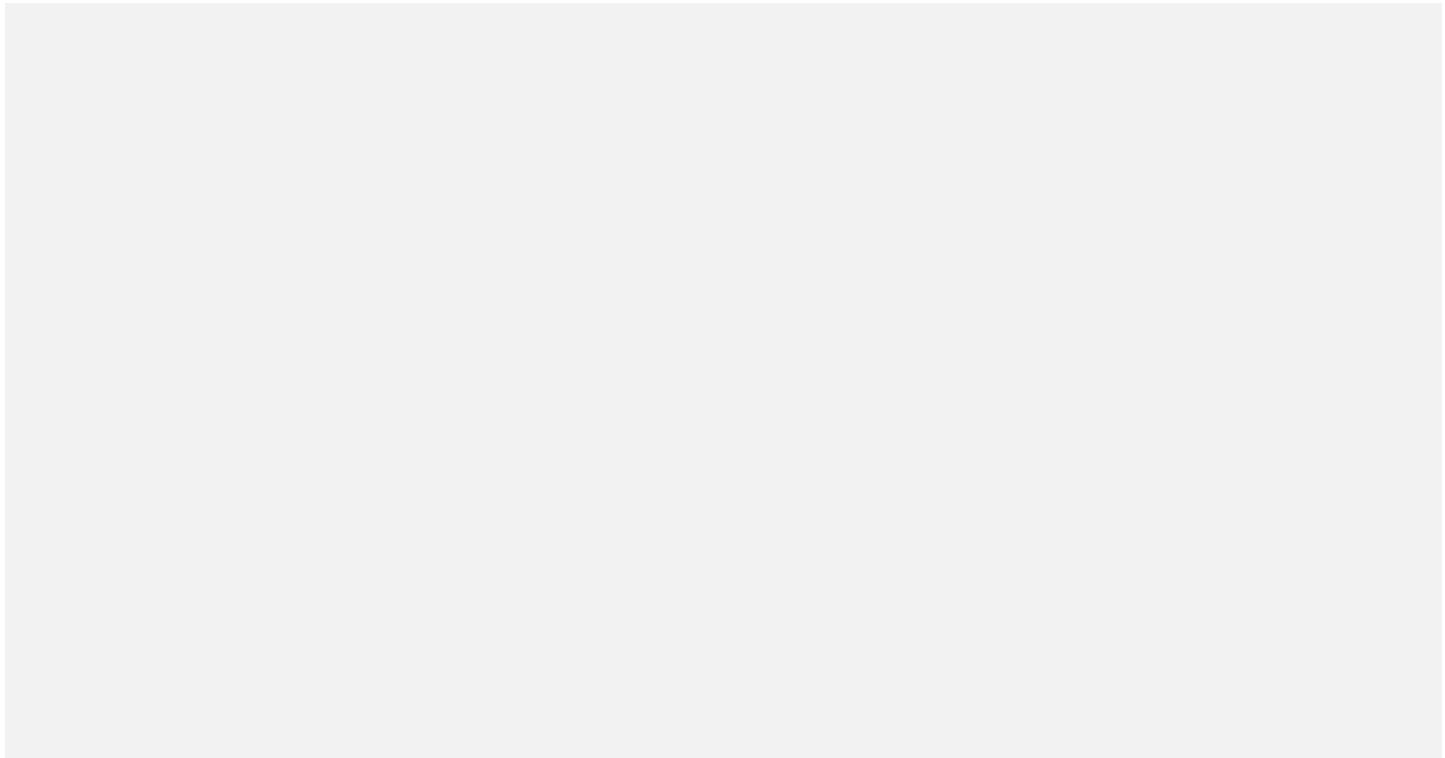
17. Les **routes** menant à votre établissement, sont-elles généralement pavées avec du béton ou de l'asphalte ?

- Oui
- Non

18. À quelle fréquence les moyens de transport suivant sont-ils utilisés par vos patients pour atteindre votre établissement ?

	Rarement	Parfois	Souvent
Hélicoptère/Medévac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voiture ou camion (incluant taxis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bateau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autobus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motocyclette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Train	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bicyclette (non-motorisée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À dos d'animal (ex. : âne, cheval)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Autres commentaires ?



Communications

1. Nom de l'établissement :

2. Parmi les options suivantes, laquelle décrit le mieux la disponibilité et la fiabilité des **services de téléphonie fixe** dans votre établissement ? Les services de téléphone cellulaire seront évalués ultérieurement.

- Toujours disponible/fiable
- Interruptions occasionnelles
- Interruptions fréquentes
- Jamais disponible/fiable

3. Est-ce que le **nombre de lignes de téléphone fixes** est adéquat pour vos besoins ?

- Oui
- Non

4. Êtes-vous en moyen (financière et logistique) d'effectuer des **appels interurbains** (internationaux) avec vos lignes de téléphone fixes ?

- Oui
- Non

5. Parmi les options suivantes, lesquelles décrivent le mieux la disponibilité et la fiabilité des **services de téléphone cellulaire** dans votre établissement ?

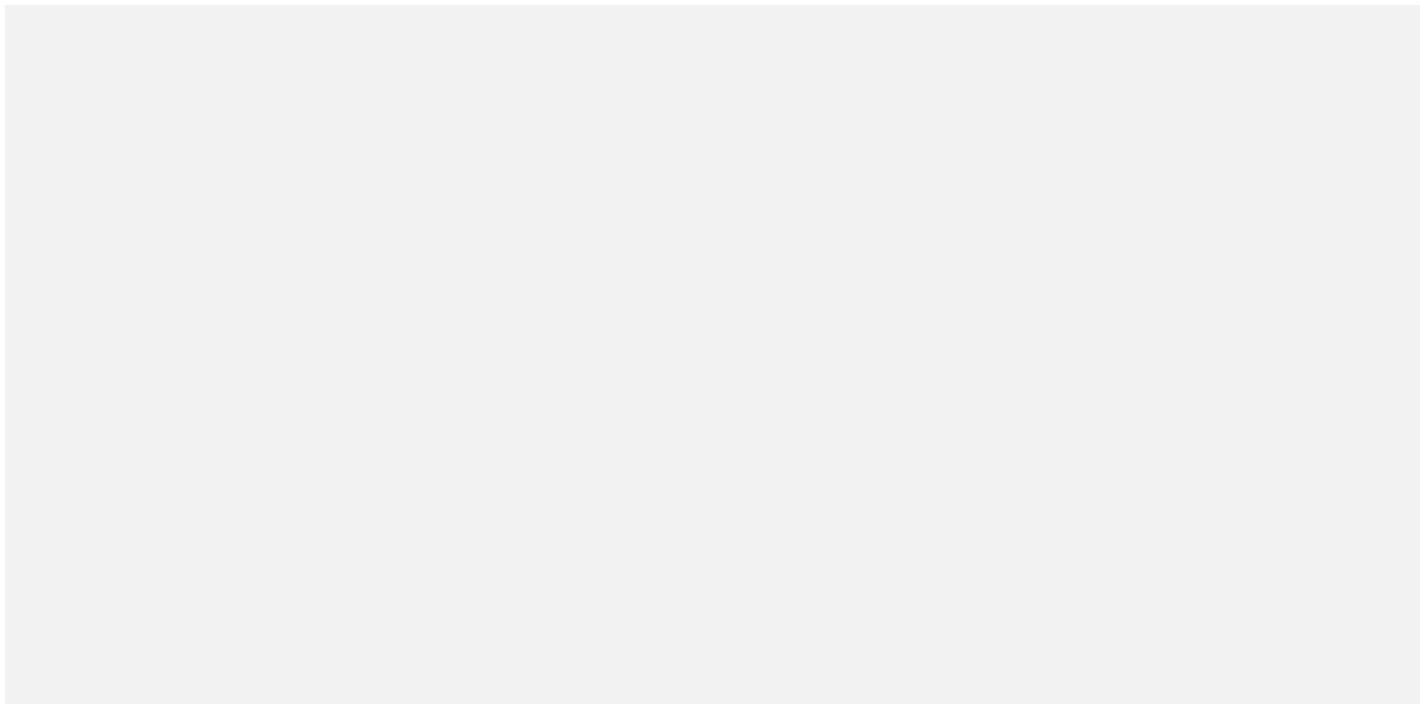
	Toujours disponible	Interruptions peu ou parfois fréquentes	Interruptions fréquentes	Rarement ou jamais disponible
Transmission vocale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie par texte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmission de data	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Avez-vous accès à un réseau internet mobile de **3G ou 4G** ?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
7. Est-ce que le **nombre de lignes cellulaires** pour vos employés est suffisant pour les besoins de votre établissement ?
- Oui
 - Non
8. Êtes-vous en moyen (financière et logistique) d'effectuer des **appels interurbains** (internationaux) avec vos lignes de **téléphone cellulaires** ?
- Oui
 - Non
9. Parmi les options suivantes, laquelle décrit le mieux la disponibilité et la fiabilité des **services d'Internet** dans votre établissement ?
- Toujours disponible/fiable (24h/7j)
 - Interruptions occasionnelles
 - Interruptions fréquentes
 - Jamais disponible/fiable
10. Quel(s) **type(s) de connexion Internet** est/sont disponible(s) dans votre établissement ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**
- Modem commuté (analogique)
 - DSL
 - Câble
 - T1 ou autre accès haute-vitesse dédiée, non-partagée
 - Haut débit mobile/mobile à large bande (ex. : WiMAX, 3G, 4G)
 - Internet par satellite
11. Quelle est votre **bande passante Internet maximale** (Mbps) ?
12. Est-ce que votre **bande passante Internet** est adéquate pour répondre à vos besoins ?
- Oui
 - Non

13. Avez-vous accès à la technologie de **cyberconférence** ?

- Oui
- Non

14. Autres commentaires :

A large, empty rectangular box with a light gray background, occupying the lower half of the page. It is intended for respondents to write additional comments in.

Technologie de l'information

1. Nom de l'établissement :

2. Avez-vous des **ordinateurs** à la disponibilité de votre personnel **pour usage générale** ?

- Oui
- Non

3. Avez-vous accès au **courriel électronique** ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous accès à un **réseau de partage de données** (FTP, Microsoft Sharepoint, entreposage internet pour groupes, etc.) ?

- Oui
- Non

5. Avez-vous usage d'un **système de traitements de texte** (ex. : Microsoft Word) ?

- Oui
- Non

6. Êtes-vous capable de créer de **présentations électroniques** de base (ex. : Microsoft PowerPoint) ?

- Oui
- Non

7. Utilisez-vous un **système dossier médical électronique** ?

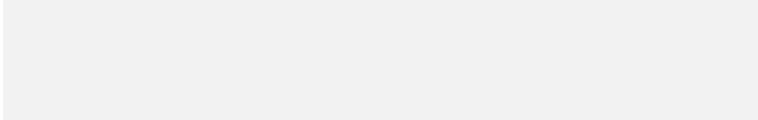
- Oui
- Non

Si Oui, veuillez le décrire :

8. Utilisez-vous un **système électronique d'information radiologique** (RIS) qui appuie le processus de travail en radiologie, l'entrée de résultats radiologiques, et les rapports radiologiques ?

- Oui
- Non

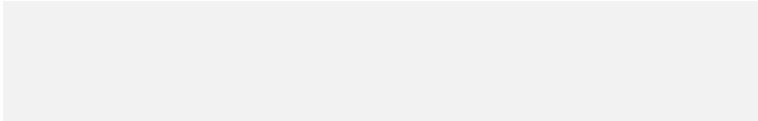
Si Oui, veuillez le décrire :



9. Utilisez-vous un **système électronique de gestion des informations hospitalières** (HMIS ou HIS) afin de suivre l'enregistrement de patients, la gestion des horaires d'examen, les admissions/décharges/transferts, la gestion des lits pour patients hospitalisés, et la facturation ?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez le décrire :



10. Existe-t-il des standards gouvernementaux pour **protéger les renseignements privés** des patients dans votre pays ?

- Oui
- Non

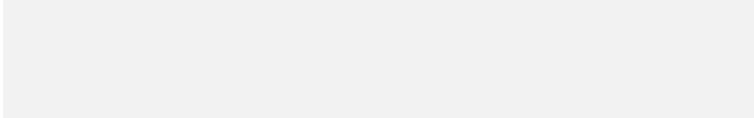
11. Combien avez-vous **de stations de visualisation d'images radiologiques numériques** dans votre établissement ?

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 20
- > 20

12. Possédez-vous un système **PACS** (Picture Archiving and Communication System) pour archiver, récupérer, et distribuer des images médicales ?

- Oui
- Non

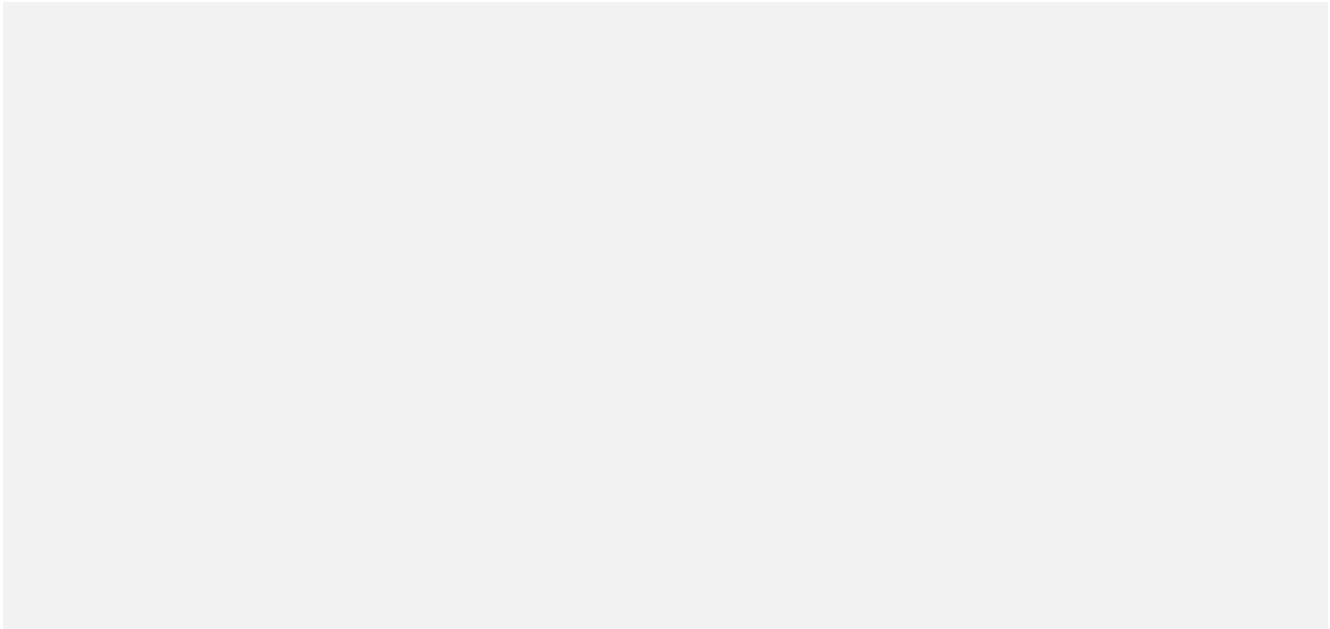
Si Oui, veuillez indiquer les fournisseur PACS, le logiciel, et la version :



13. Est-ce que votre établissement utilise la **téléradiologie** ? La téléradiologie se définit par la transmission d'images médicales de façon électronique en provenance de votre établissement vers un autre établissement afin d'y faire l'interprétation et/ou aux fins de consultation.

- Oui
- Non

14. Autres commentaires :



Capacités et limitations en imagerie médicale

1. Nom de l'établissement :

2. Veuillez indiquer, pour les modalités suivantes, si votre établissement utilise les **technologies numériques (CR ou DR)** au lieu de l'imagerie analogique.

	N/A	Déjà Numérique	Nous avons un plan concret pour faire la transition numérique	Nous n'avons pas de plan pour faire la transition numérique
Radiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie d'intervention (C- Arm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecine Nucléaire (mode planaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Veuillez indiquer, pour les modalités suivantes, si votre établissement utilise un système **PACS (Picture Archiving and Communication System)**.

	N/A	PACS	Nous avons un plan concret pour faire l'installation PACS	Nous n'avons pas de plan pour faire l'installation PACS
Radiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie d'intervention (C-Arm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecine Nucléaire (mode planaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. À quelle fréquence les **images médicales finales** sont-elles interprétées par :

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Toujours
Radiologue	<input type="radio"/>				
Médecin (pas radiologue)	<input type="radio"/>				
Professionnel de la santé (pas médecin)	<input type="radio"/>				

5. Selon vous, est-il nécessaire de former des **auxiliaires en médecine** (assistant médecin, assistant radiologue, infirmier/infirmière clinicien/clinicienne, etc.) pour l'interprétation des images radiologiques ?

- Oui
- Non
- Peut-être

6. Veuillez indiquer la **disponibilité** moyenne de chaque modalité, en jours par semaine :

	N/A	7	6	5	4	3	2	1
Radiographie	○	○	○	○	○	○	○	○
Mammographie	○	○	○	○	○	○	○	○
Tomodensitométrie	○	○	○	○	○	○	○	○
IRM	○	○	○	○	○	○	○	○
Fluoroscopie	○	○	○	○	○	○	○	○
Fluoroscopie d'intervention (C-Arm)	○	○	○	○	○	○	○	○
Échographie	○	○	○	○	○	○	○	○
Médecine Nucléaire (mode planaire)	○	○	○	○	○	○	○	○
TEP	○	○	○	○	○	○	○	○
SPECT	○	○	○	○	○	○	○	○
Ostéodensitométrie	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Veuillez indiquer la **disponibilité des ressources matérielles** suivantes :

	Non – disponible ou jamais utilisé	Peu disponible	Habituellement disponible	Toujours disponible
Produit de contraste iodé	○	○	○	○
Gadolinium	○	○	○	○
Produit de contraste à base de Baryum	○	○	○	○
Produit de contraste hydrosoluble	○	○	○	○
Films analogiques	○	○	○	○
Cassettes pour films analogiques	○	○	○	○
Cathéters et gaines	○	○	○	○
Produits radio- pharmaceutiques	○	○	○	○
Aiguilles	○	○	○	○
Gaine protectrice pour sonde échographique	○	○	○	○
Gelée pour échographie	○	○	○	○
Gants	○	○	○	○
Gaze	○	○	○	○

8. Veuillez indiquer à quelle fréquence des **patients sont référés à votre établissement** pour effectuer des examens en imagerie médicale, selon les modalités suivantes :

	Rarement ou jamais	Parfois	Fréquemment ou toujours
Radiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie d'intervention (C-Arm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecine Nucléaire (mode planaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Si vous recevez un don d'équipement d'imagerie médicale, seriez-vous prêt et en mesure d'accepter **l'entièvre responsabilité du dédouanement** ? Ceci pourrait comprendre : remplir des formulaires nécessaires au dédouanement et d'envoyer un représentant au port d'entrée (ainsi que d'autres exigences, selon le pays).

- Oui
- Non

10. Veuillez indiquer le **poids maximal d'équipement d'imagerie médicale** que vous pourriez transporter de manière sécuritaire entre le port d'entrée et la destination finale.

- Nous ne sommes pas en mesure de transporter de l'équipement. Nous requérons de l'assistance.
- Jusqu'à 100 kg
- Jusqu'à 500 kg
- Jusqu'à 1000 kg
- Plus de 1000 kg

11. Quel(s) équipement(s) êtes-vous intéressé d'acquérir par don ?

Veuillez choisir toutes les options applicables.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appareil radiographique (analogique) | <input type="checkbox"/> IRM |
| <input type="checkbox"/> Appareil radiographique (digital) | <input type="checkbox"/> Fluoroscopie conventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Appareil mammographique (analogique) | <input type="checkbox"/> Fluoroscopie d'intervention (C-Arm) |
| <input type="checkbox"/> Appareil mammographique (analogique) | <input type="checkbox"/> TEP |
| <input type="checkbox"/> Échographie | <input type="checkbox"/> Planaire/SPECT (caméra de scintigraphie) |
| <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie | <input type="checkbox"/> Autre |

Si Autre, veuillez spécifier :

12. Est-ce que vos employés travaillant en radiologie, ont des **dosimètres**, afin de surveiller leur dose d'exposition au rayonnement ?

- Oui
- Non

13. Possédez-vous assez de **d'équipement de radioprotection** (ex. : tabliers plombés, gants plombés, etc.) ?

- Oui
- Non

14. Existe-t-il des **standards de radioprotection** fixés par votre gouvernement (local ou national) ?

- Oui
- Non

A. Si Oui, veuillez identifier l'organisme réglementaire :

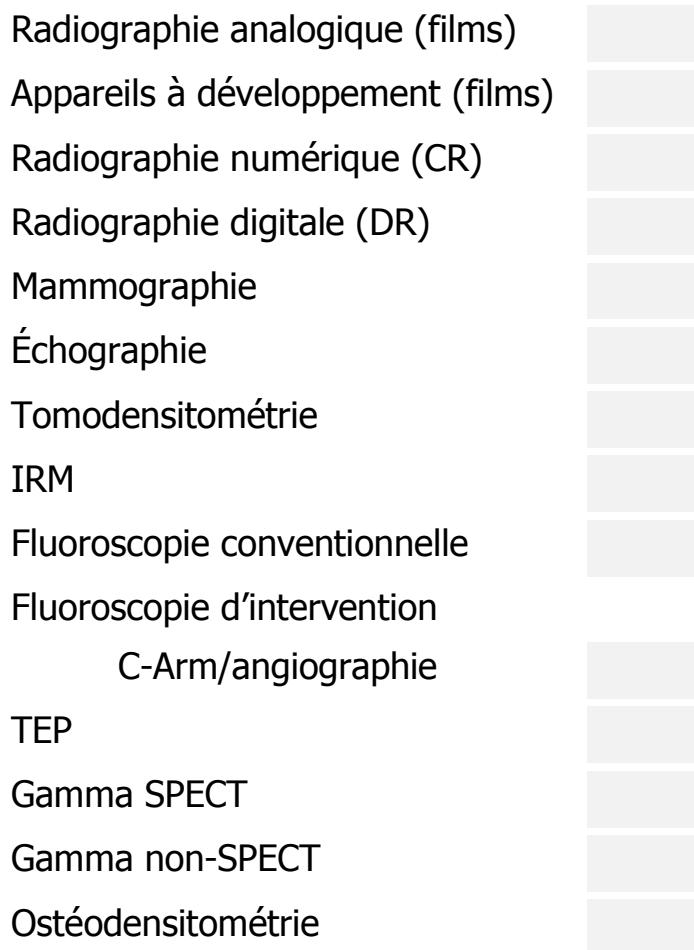
B. Êtes-vous en mesure de vous conformer à ces **standards de radioprotection** ?

- Oui
- Non

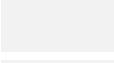
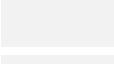
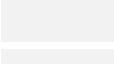
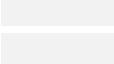
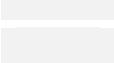
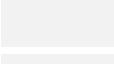
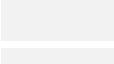
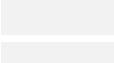
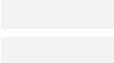
15. Existe-t-il une procédure de réglementation nécessitant **l'enregistrement d'appareils radiologiques et médicaux** dans votre pays ?

- Oui
- Non

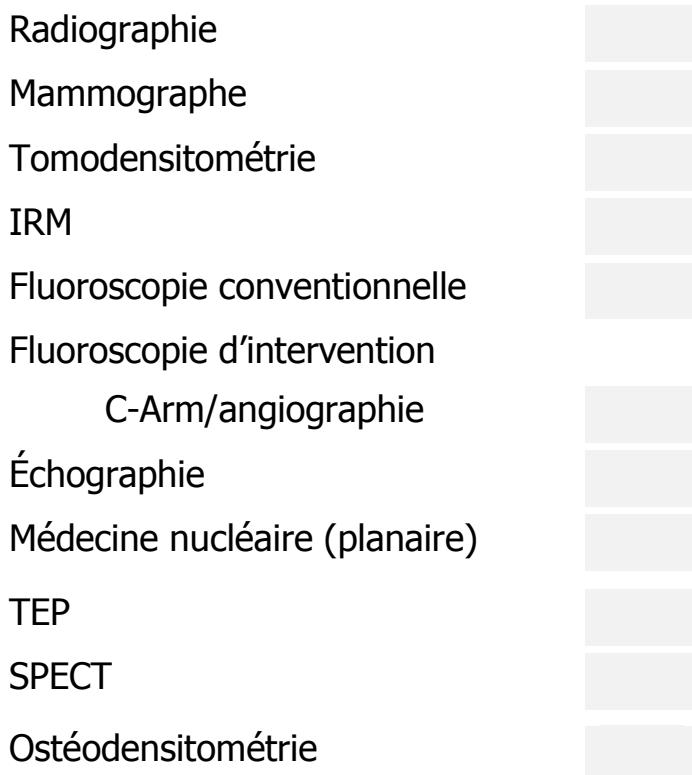
16. Veuillez indiquer le nombre d'appareils d'imagerie **fonctionnels** (pas brisés) dans votre établissement.



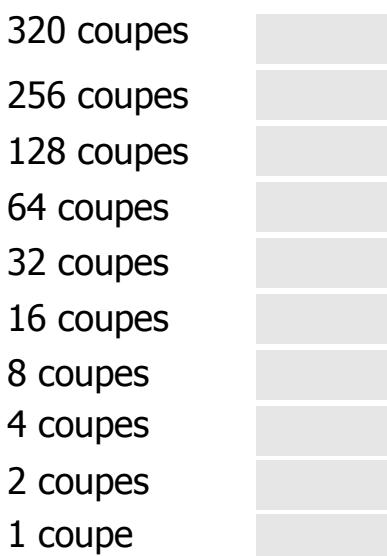
17. Veuillez indiquer le nombre d'appareils d'imagerie **non-fonctionnels ou brisés** dans votre établissement.

Radiographie analogique (films)	
Appareils à développement (films)	
Radiographie numérique (CR)	
Radiographie digitale (DR)	
Mammographie	
Échographie	
Tomodensitométrie	
IRM	
Fluoroscopie conventionnelle	
Fluoroscopie d'intervention	
C-Arm/angiographie	
TEP	
Gamma SPECT	
Gamma non-SPECT	
Ostéodensitométrie	

18. Quel est le **volume total des études** produites dans votre établissement par modalité ? Veuillez noter les unités dans votre réponse. Par exemple, « patients par jour », « études par mois », etc.



19. Veuillez indiquer le nombre de chaque type **d'appareil de tomodensitométrie** que vous possédez dans votre établissement.



20. Veuillez indiquer le nombre de chaque type **d'appareil d'IRM** que vous avez dans votre établissement. Si vous n'avez pas d'appareil d'IRM, veuillez passer à la prochaine question.

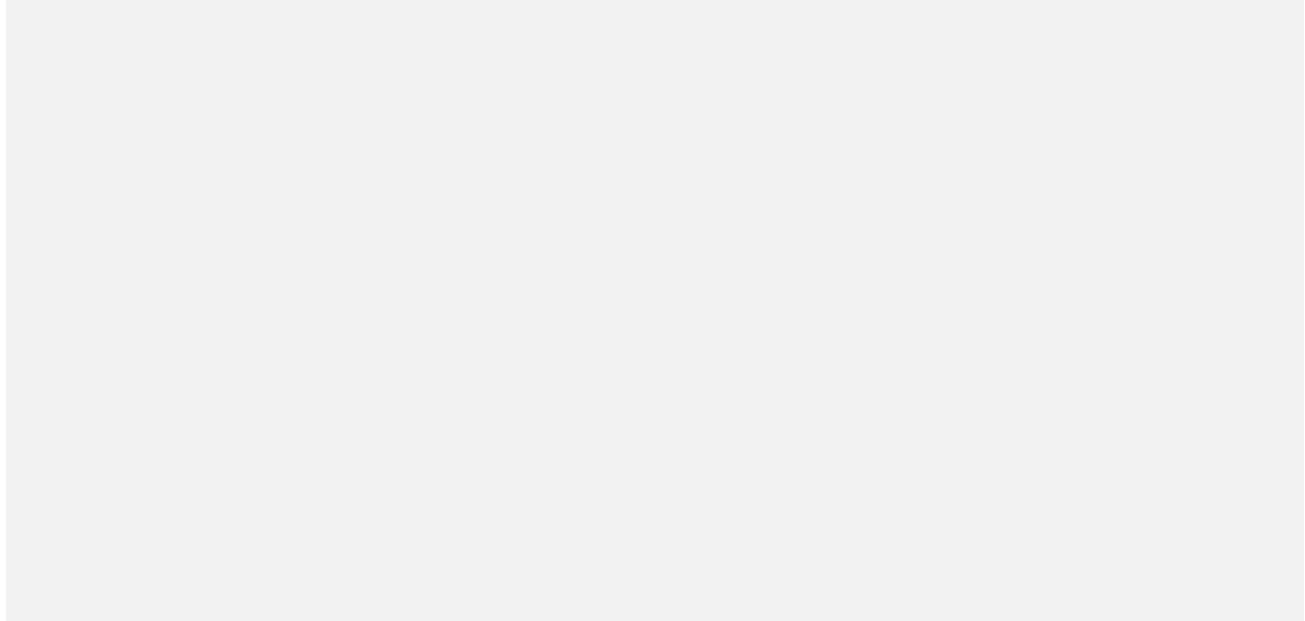
3 Tesla

1,5 Tesla

1 Tesla

< 1 Tesla

21. Autres commentaires :

A large, empty rectangular box with a light gray background, intended for respondents to type in their answers to question 21.

Entretien des appareils d'imagerie médicale

1. Nom de l'établissement :

2. Qui est en charge du **contrôle de qualité** en radiologie ? Un programme de contrôle de qualité en radiologie comprend des tests réguliers sur les différents composants impliqués dans la création d'images médicales, afin d'en assurer la fonctionnalité.

- Nous n'avons pas de programme de contrôle de qualité en radiologie.
- Physicien médical
- Responsable en radioprotection
- Technicien/technologue
- Médecin
- Infirmier/infirmière
- Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

3. Veuillez indiquer à quel niveau il est **abordable de réparer** les **appareils d'imagerie médicale** dans votre établissement.

	N/A	Non-abordable	Peu abordable	Abordable
Radiographie (analogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développeur à films analogiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie CR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie DR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie conventionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie C-Arm /Angiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma non-SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Veuillez indiquer le **temps** requis pour faire réparer l'équipement suivant :

	N/A	< 1 semaine	1 à 4 semaines	>4 semaines
Radiographie (analogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développeur à films analogiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie CR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie DR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Échographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie conventionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopie C-Arm /Angiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma non-SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

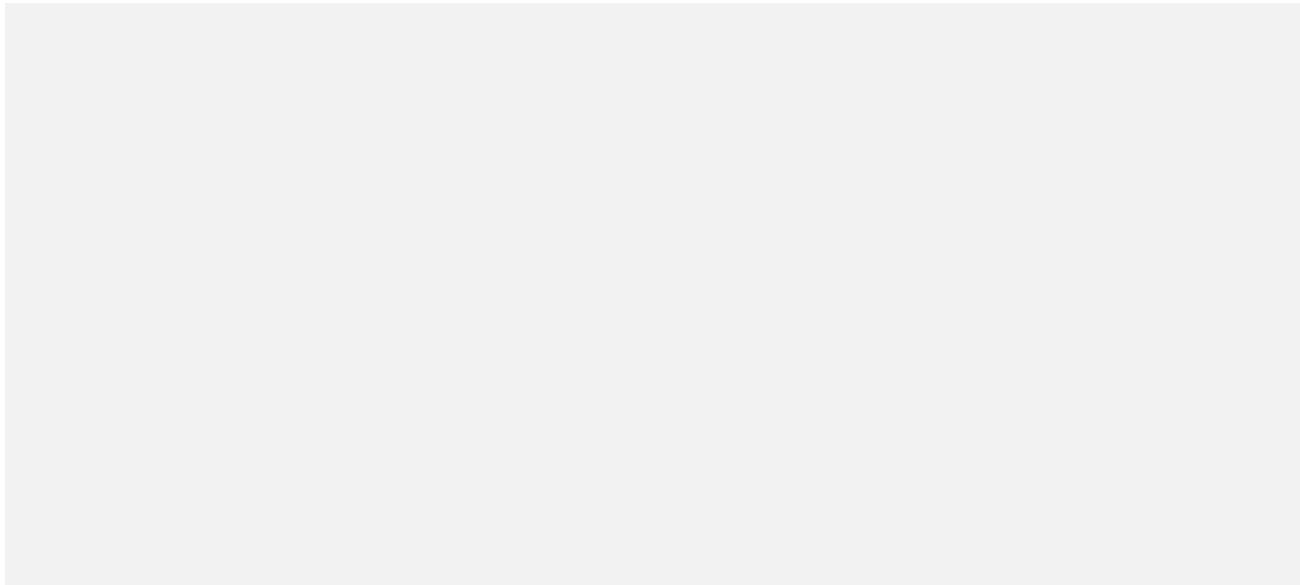
5. Qui effectue les réparations sur les appareils d'imagerie médicale dans votre établissement ?

	N/A	Notre personnel	Fournisseur/ sous-traitant	Aucun service de réparation pour cet équipement
Radiographie (analogique)	○	○	○	○
Développeur à films analogiques	○	○	○	○
Radiographie CR	○	○	○	○
Radiographie DR	○	○	○	○
Mammographie	○	○	○	○
Échographie	○	○	○	○
Tomodensitométrie	○	○	○	○
IRM	○	○	○	○
Fluoroscopie conventionnelle	○	○	○	○
Fluoroscopie C-Arm /Angiographie	○	○	○	○
TEP	○	○	○	○
Gamma SPECT	○	○	○	○
Gamma Non-SPECT	○	○	○	○
Ostéodensitométrie	○	○	○	○

6. Veuillez indiquer le **coût annuel approximatif pour l'entretien et réparations** de chaque appareil suivant. Veuillez indiquer la devise (ex. : « Dollars Américains », « Euros », « RMB », etc.).

Radiographie analogique (films)	
Appareils à développement (films)	
Radiographie numérique (CR)	
Radiographie digitale (DR)	
Mammographie	
Échographie	
Tomodensitométrie	
IRM	
Fluoroscopie conventionnelle	
Fluoroscopie d'intervention	
C-Arm/angiographie	
TEP	
Gamma SPECT	
Gamma non-SPECT	
Ostéodensitométrie	

7. Autres commentaires :



Enjeux financiers des patients

1. Nom de l'établissement :

Les pages suivantes porteront sur **les enjeux financiers de vos patients**. Nous reconnaissions la nature délicate et confidentielle de cette information et nous vous rassurons que ne voulons que l'utiliser afin de **vous aider à développer une pratique en imagerie médicale qui sera financièrement durable**. Toute information recueillie dans cette section sur les finances sera gardée **strictement confidentielle**, à moins que vous nous le permettiez autrement. Notre but collectif est de fournir à vos patients des **soins durables de la plus haute qualité** en vous aidant à :

1. Optimiser vos habiletés à desservir plus de patients dans votre communauté.
2. Créer des options pour accroître l'accessibilité aux services radiologiques.
3. Développer des stratégies de marketing pour éduquer votre communauté sur les bienfaits potentiels des services d'imagerie médicale.

1. Quel est **le prix que doit assumer un patient** pour les services radiologiques suivants ? Pour cette question et les prochaines qui suivront, **veuillez indiquer la devise que vous utilisez pour vos estimations**. Par exemple, « Dollar Américain », « Euros », « RMB », etc. **Veuillez utiliser la même devise pour chaque question.**

Radiographie – 1 seule vue

Mammographie de dépistage –
(CC et MLO – bilatéralement)

Échographie de l'abdomen complet

Tomodensitométrie du thorax sans injection
intraveineuse de produit de contraste

IRM de la tête sans injection
intraveineuse de produit de contraste

Scintigraphie osseuse complète

Angiographie mésentérique sans intervention

2. Quel est **le prix chargé aux assurances d'un patient** pour les services radiologiques suivants ?

Radiographie – 1 seule vue

Mammographie de dépistage –
(CC et MLO – bilatéralement)

Échographie de l'abdomen complet

Tomodensitométrie du thorax sans injection
intraveineuse de produit de contraste

IRM de la tête sans injection
intraveineuse de produit de contraste

Scintigraphie osseuse complète

Angiographie mésentérique sans intervention

3. Quel est votre **coût** engendré par les examens radiologiques suivants ?

Radiographie – 1 seule vue

Mammographie de dépistage –
(CC et MLO – bilatéralement)

Échographie de l'abdomen complet

Tomodensitométrie du thorax sans injection
intraveineuse de produit de contraste

IRM de la tête sans injection
intraveineuse de produit de contraste

Scintigraphie osseuse complète

Angiographie mésentérique sans intervention

4. Comment les prix des services d'imagerie médicale sont-ils déterminés ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Réglementation gouvernementale
- Concurrence du marché
- Tiers payant non-gouvernemental (assurances)
- Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

1. Selon **le revenu annuel moyen** dans votre pays, veuillez indiquer si votre établissement soigne régulièrement **des patients ayant un revenu** comme suit :

	Très régulièrement	Régulièrement	Peu fréquemment	Très peu fréquemment	Jamais
Plus de 3 fois le revenu national moyen	○	○	○	○	○
2 à 3 fois le revenu national moyen	○	○	○	○	○
Équivalent au revenu national moyen	○	○	○	○	○
1/3 à 1/2 du revenu national moyen	○	○	○	○	○
Moins que 1/3 du revenu national moyen	○	○	○	○	○

2. Quel pourcentage de vos patients vivent dans un ménage ayant :

	Aucuns	<10 %	10 à 33 %	34 à 66%	67 à 99 %	Tous
Une télévision	○	○	○	○	○	○
Un/une voiture, camionnette, camion	○	○	○	○	○	○
Une bicyclette, motocyclette	○	○	○	○	○	○
Une machine à coudre	○	○	○	○	○	○
Un autocuiseur	○	○	○	○	○	○
Un ventilateur électrique	○	○	○	○	○	○
Du bétail	○	○	○	○	○	○

3. Généralement, combien d'individus **en santé et en âge de travailler** (âgés de plus de 17 ans) vivent dans un ménage typique de votre population de patients ?

- 4 ou plus
- 2 à 3
- 1
- 0

4. Quel pourcentage de vos patients ayant **l'occupation principale du ménage**, ont l'occupation suivante ?

	Aucuns	<10 %	10 à 33 %	34 à 66%	67 à 99 %	Tous
Sans emploi	<input type="radio"/>					
Fermiers	<input type="radio"/>					
Travailleurs peu qualifiés (ex.: concierge)	<input type="radio"/>					
Travailleurs administratifs (ex. : secrétaire)	<input type="radio"/>					
Professionnels (ex. : Techniciens, superviseurs, infirmiers, médecins, etc.)	<input type="radio"/>					
Autres	<input type="radio"/>					

Si Autre, veuillez spécifier :

1. Généralement, quel pourcentage de vos patients **doivent assumer les coûts** de leurs soins médicaux (sans remboursement d'un tiers payant, tel les assurances) ?
 - Aucuns
 - < 10 %
 - 10 à 33 %
 - 34 à 66 %
 - 67 à 99 %
 - Tous

2. En moyenne, quel **pourcentage** du coût total des soins médicaux sont **payé entièrement par le patient** ?

3. Pour les patients devant assumer entièrement les coûts reliés aux soins médicaux, à quelle fréquence recevez-vous un **paiement suffisant et/ou dans les délais prévus** ?
 - Jamais ou presque jamais
 - Parfois
 - Toujours ou presque toujours

4. Qu'arrive-t-il **lorsqu'un patient n'ayant pas les moyens financiers**, se rend à votre établissement ?
 - Le patient reçoit des soins, peu importe
 - Le patient est référé dans un autre établissement
 - Le patient se voit refusé services

5. Quel pourcentage de vos patients reçoivent des **soins** dans votre établissement, **sans frais** (pro bono) ?
 - Très peu
 - Environ 5 %
 - Environ 10 %
 - Environ 15 %
 - Plus de 15 %

6. Les patients sont-ils permis de payer leur facture pour soins médicaux par **versements** ?
 - Oui
 - Non

7. Chargez-vous des **intérêts** lorsque vos patients paient par versements ?

- Oui
- Non
- N/A

1. Quelles entités souscrivent les **assurances santé** ou paient pour des soins de santé dans votre région (pas seulement votre établissement) ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Gouvernement (incluant un système d'assurances médicales national)
- Privé (lucratif)
- Privé (non-lucratif)
- Coopérative (un regroupement de patients)
- Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

2. Quel pourcentage de vos revenus totaux proviennent de **fonds payés par un tiers payant** (autre que le patient) ? Par exemple, un tiers payant inclus les compagnies d'assurances, les coopératives, et le gouvernement.

- Aucuns
- < 10 %
- 10 à 33 %
- 34 à 66 %
- 67 à 99 %
- Tous

3. À quelle fréquence vous ou vos patients recevez **un remboursement suffisant et/ou dans les délais prévus** par un tiers payant, tels les assureurs ?

- Toujours ou presque toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais ou presque jamais

S'il y a défaut de paiement, veuillez décrire brièvement les raisons potentielles pour ces défauts de paiement :

4. Combien de vos patients n'ont pas d'assurances médicales **puisque'ils ne sont pas au courant des options d'assurances disponibles** ?

- Aucuns ou presqu'aucuns
- Quelques-uns
- Plusieurs

5. Combien de vos patients n'ont pas d'assurances médicales **puisque'ils n'ont pas les moyens financiers** ?

- Aucuns ou presqu'aucuns
- Quelques-uns
- Plusieurs

6. Combien de vos patients n'ont pas d'assurances médicales **puisque'ils ne sont pas admissibles** ?

- Aucuns ou presqu'aucuns
- Quelques-uns
- Plusieurs

7. Veuillez énumérer les **raisons** pour lesquelles vos patients **ne sont pas admissibles** pour des assurances médicales. **1 étant la raison la plus probable et 5 étant la raison la moins probable.**

	1	2	3	4	5
Le revenu du patient est trop élevé	<input type="radio"/>				
Le patient a une condition médicale préexistante	<input type="radio"/>				
Le revenu du patient est trop faible	<input type="radio"/>				
Le patient vie dans le mauvais secteur/mauvaise région du pays	<input type="radio"/>				
Le patient n'est pas citoyen de votre pays/région	<input type="radio"/>				

8. Qu'est-ce que votre établissement pourrait faire (ou a déjà fait) pour venir en assistance à vos patients pour qu'ils se procurent des assurances ?

9. Est-ce que vos patients ont un **numéro d'identité national** ?

- Oui
- Non

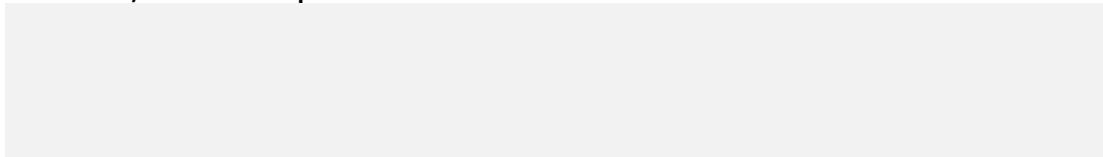
1. Est-ce que votre établissement utilise un **système de graduation de prix** ? La graduation de prix s'applique lorsque vous assignez des tarifs différents dépendamment du revenu de votre patient et de sa capacité de payer.

- Oui
- Non

2. Est-ce que votre établissement offre des services spéciaux additionnels pour vos patients selon leur capacité à payer ? **Veuillez choisir toutes les options applicables.**

- Hébergement spécial (ex. : chambre simple, plus d'option de repas, air climatisé)
- Options de rendez-vous (ex. : obtention de rendez-vous plus rapidement)
- Soins à domicile
- Autre

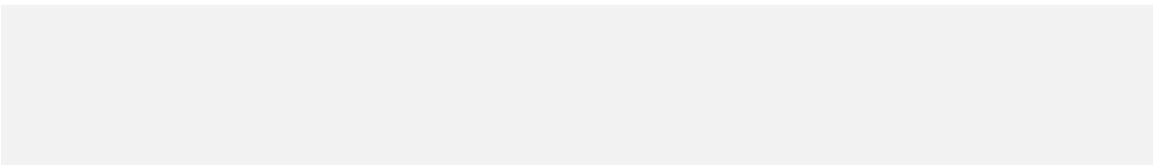
Si Autre, veuillez spécifier :



3. Est-ce que votre établissement accepte des **formules de paiement alternatives**, autre que l'argent comptant, chèques, assurances, ou crédit ? Par exemple, le troc.

- Oui
- Non

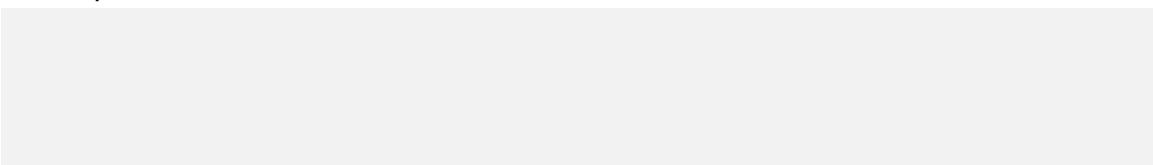
Si Oui, veuillez décrire :



4. Y'a-t-il des organismes de **microfinancement** ou autres organismes financiers dans votre communauté que vos **patients pourraient utiliser pour payer leurs frais médicaux** ou les aider avec leurs entreprises ?

- Oui
- Non

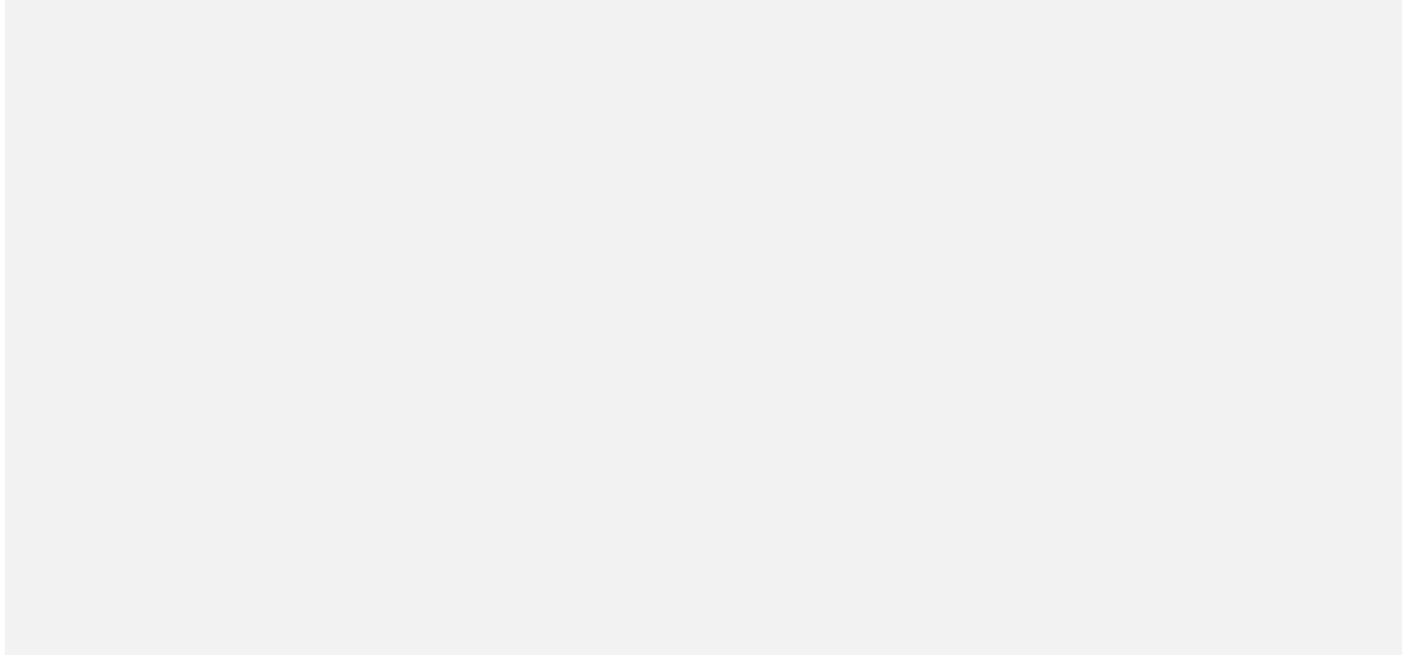
Si Oui, veuillez décrire :



5. Quel pourcentage de vos patients reçoivent de **l'assistance pour paiement, lorsque non-assurés**, tels prêts et/ou subventions ?

- Aucuns
- Quelques-uns
- Plusieurs
- La plupart

6. Autres commentaires :



Infrastructure financière

1. Nom de l'établissement :

Les pages suivantes porteront sur **le plan d'affaires, les finances, et l'infrastructure financière de votre établissement**. Nous reconnaissons la nature délicate et confidentielle de cette information et nous vous rassurons que ne voulons que l'utiliser afin de **vous aider à développer une pratique en imagerie médicale qui sera financièrement durable**. Toute information recueillie dans cette section sur les finances sera gardée **strictement confidentielle**, à moins que vous nous permettiez autrement. Notre but collectif est de fournir à vos patients des **soins durables de la plus haute qualité** en vous aidant à :

1. Optimiser votre infrastructure en gestion financière, afin d'atteindre les standards régionaux.
2. Vous fournir des modèles pour documents financiers.
3. Créer un plan de durabilité pour la pratique de radiologie de votre établissement.
4. Inclure des sujets qui vous intéressent, vous et votre équipe, sur les affaires et les finances dans votre programme éducatif personnalisé « l'entreprenariat en soins de santé ».
5. Contribuer au développement d'une approche efficace lors de l'application pour prêts et autres formes de financement pour financer l'achat, les coûts opérationnels, et l'entretien de l'équipement radiologique.
6. Identifier les options d'emprunts les plus pratiques pour vous, lors du croissement de votre établissement.

1. Quelle est la durée moyenne de votre **cycle de facturation avec les fournisseurs** (« **comptes créditeurs** ») ?
 1 mois
 2 mois
 3 mois
 Plus de 3 mois

2. Quelle est la durée moyenne de votre **cycle de facturation** avec les patients et les assureurs (« **comptes débiteurs** ») ?
 1 mois
 2 mois
 3 mois
 Plus de 3 mois

3. Avez-vous des **professionnels en affaires** qui travailles pour aider votre établissement ?
 Oui
 Non
 Parfois, mais pas sur une base régulière

4. Avez-vous une **personne/un département spécialisé** en facturation, comptabilité, et fiances ?
 Oui
 Non
 Parfois, mais pas sur une base régulière

5. Avez-vous du personnel **formé pour gérer le financement** provenant des banques ou autres institutions financières ?
 Oui
 Non
 Parfois, mais pas sur une base régulière

1. Est-ce que votre établissement reçoit de **l'aide financière du gouvernement** sous forme de prêts, bourses, ou autre forme d'assistance financière ?
 Oui
 Non
2. Est-ce que les **autres établissements** dans votre pays reçoivent de l'aide financière du gouvernement sous forme de prêts, bourses, ou autre forme d'assistance financière ?
 Oui
 Non
3. Est-ce que votre établissement reçoit des **avantages fiscaux** du gouvernement ?
 Oui
 Non
4. Seriez-vous intéressé à demander plus d'aide financière à votre gouvernement pour l'achat, la réparation, ou l'entretien de l'équipement d'imagerie médicale ?
 Oui
 Non

1. Quelles sont les **sources de financement** auxquelles votre établissement pourrait solliciter **légalement** afin d'obtenir un prêt ou des bourses pour l'achat, la réparation, ou l'entretien de l'équipement d'imagerie médicale ? Veuillez choisir toutes les options légales, peu importe la probabilité de réussite.
 - Gouvernement national, régional, ou local
 - Banques
 - Institutions de microfinancement
 - ONG
 - Fournisseurs ou manufacturiers d'appareils d'imagerie médicale
 - Particuliers
2. Quelles sont les **sources de financement** que votre établissement **utilise présentement ou a déjà utilisé dans le passé** (pas seulement pour l'imagerie médicale) ? Veuillez choisir toutes les options applicables.
 - Gouvernement national, régional, ou local
 - Banques
 - Institutions de microfinancement
 - ONG
 - Fournisseurs ou manufacturiers d'appareils d'imagerie médicale
 - Particuliers
3. Quelles autres **sources de financement non-gouvernementales** votre établissement serait intéressé à solliciter pour financer l'achat, la réparation, ou l'entretien d'équipement d'imagerie médicale ? Veuillez choisir toutes les options applicables.
 - Banques
 - Institutions de microfinancement
 - ONG
 - Fournisseurs ou manufacturiers d'appareils d'imagerie médicale
 - Particuliers
4. Comment évalueriez-vous **l'accessibilité au crédit** pour votre établissement ?
 - Il est facile d'obtenir du crédit
 - Il est plutôt difficile d'obtenir du crédit
5. Est-ce que votre établissement entretien **une relation professionnelle avec une banque ou un autre établissement financier non-gouvernementale** ?
 - Oui
 - Non

6. Est-ce que votre établissement est en mesure légale de recevoir des **dons d'équipement et/ou de services** provenant de sources non-gouvernementales ?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez décrire :

7. Dans le passé, est-ce que votre établissement a reçu des **dons d'équipement et/ou de services** provenant de sources non-gouvernementales ?

- Oui
- Non

8. Est-ce que votre établissement anticipe recevoir des **dons d'équipement et/ou de services** cette année ?

- Oui
- Non

Si Oui, veuillez spécifier :

1. Devez-vous déclarer périodiquement vos **états financiers** à une **autorité réglementaire** ?
 Oui
 Non
2. Avez-vous déjà partagé vos états financiers avec un organisme externe, autre que votre gouvernement ? Ceux-ci inclus les banques, ONG, gouvernements étrangers, etc.
 Oui
 Non
3. Avez-vous des **modèles d'états financiers** (déclaration de revenus, bilan comptable, déclaration des liquidités, analyse des ratios, etc.) à votre disposition ?
 Oui, nous en avons quelques-uns ou tous ces modèles
 Non, nous n'avons aucun de ces modèles, ni n'avions-nous l'intention d'en créer
 Non, nous n'avons aucun de ces modèles, mais nous sommes présentement entrains d'en créer quelques-uns ou tous ces modèles
4. Seriez-vous enclin à **partager des copies vierges de ces modèles** avec nous, afin de nous permettre de mieux comprendre vos méthodes présentes de comptabilité ?
 Oui
 Non
 N/A
5. Seriez-vous enclin à **partager vos états financiers** avec nous afin de nous permettre de mieux comprendre votre capacité à développer les services d'imagerie médicale dans votre établissement et votre capacité de servir plus de patients ?
 Oui
 Nous allons décider après plus de discussions avec vous
 Non
 N/A

6. Quels **ratios et statistiques de revenu et de dépenses** enregistrez-vous dans vos dossiers ? Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Ratio dette-revenu
- Dette-total des bénéfices non-répartis
- Dette-total des fonds propres
- Marge brute/nette
- Revenus/dépenses par patient
- Pourcentage des dépenses non-médicales vs médicales
- Coût fiscal
- Remboursements d'assurances
- Pourcentage des patients qui n'ont jamais payés

7. Seriez-vous enclin de **partager quelques-uns ou tous ces ratios/statistiques** avec nous ?

- Oui
- Non
- N/A

1. Quelles sortes d'assistance financière, échéancier de paiement, ou plan de dons aideraient les plus votre établissement ?

La liste ci-dessous est un résumé des exigences que les prêteurs et les donateurs requièrent lorsqu'ils considèrent les applications pour de l'aide financière. Nous avons fait mention de la plupart de ces exigences avec les questions ci-haut. **Notre but est de vous aider à développer des outils afin d'optimiser votre gestion financière ainsi que votre profil d'emprunt. Vous ne devez pas fournir ces documents à RAD-AID™ ou ses partenaires.** Lorsque nous nous rencontrerons, nous allons revoir cette liste avec vous. À ce moment-là, ou lors de correspondances futures, vous pouvez partager quelconques items avec nous, que vous jugez pertinents.

1. Habilétés à démontrer la profitabilité :

- Profits annuels brutes et nettes de l'établissement
- Distribution des profits
- Bénéfices non-répartis

2. Habilétés à produire des budgets financiers sains :

- Budgets mensuels et annuels pour les départements de radiologie
- Budgets mensuels et annuels pour l'établissement au complet, ce qui aiderait à appuyer les efforts lors de l'application de prêts pour de l'équipement d'imagerie médicale
- États financiers

3. Habilétés à démontrer un historique des états financiers :

- Liquidités
- Bilans comptables
- Déclaration de revenus

4. Levier disponible pour votre établissement :

- Qui fournira l'investissement initial pour l'établissement ?
- Qui fournira des investissements additionnels en ressources et technologies (gouvernement ou privé) ?
- Quel était l'investissement capital initial ?
- Quel est l'investissement capital présent ?
- Bénéfices non-répartis annuels des opérations
- Tout emprunts et obligations impayés
- Ratio dette-revenu
- Dette-bénéfices non-répartis
- Dette-total des fonds propres
- Répartition détaillée des fonds existants, incluant emprunts domestiques et étrangers, devises faibles ou fortes, risques liés aux taux d'intérêt, et échéancier d'amortissement du financement.

5. Données financières régulièrement suivies et calculées :

- Marge brute/nette
- Revenu/dépense par patient
- Pourcentage des dépenses non-médicales vs médicales
- Coût fiscal
- Remboursements d'assurances
- Pourcentage des patients qui n'ont jamais payés

6. Coûts annuels fixes d'exploitation :

- Le travail
- Remboursement de prêt(s)
- Dépréciation de l'équipement

7. Coûts annuels variables :

- Électricité
- Eau
- Travail temporaire
- Consommables (fournitures médicales)

8. La direction et le conseil d'administration

- Profil professionnel
- Niveau d'engagement/participation
- Affiliations politiques

Financement des services d'imagerie médicale

1. Nom de l'établissement :

Les pages suivantes porteront sur **la capacité et les méthodes présentes de votre établissement à financer les services d'imagerie médicale**. Nous reconnaissons la nature délicate et confidentielle de cette information et nous vous rassurons que ne voulons que l'utiliser afin de **vous aider à développer une pratique en imagerie médicale qui sera financièrement durable**. Toute information recueillie dans cette section sur les finances sera gardée **strictement confidentielle**, à moins que vous nous permettiez autrement.

Notre but collectif est de fournir à vos patients des **soins durables de la plus haute qualité**.

Les données recueillies dans cette section seront utilisées pour :

1. Créer un plan de durabilité pour la pratique de radiologie de votre établissement.
2. Contribuer au développement d'une approche efficace lors de l'application pour prêts et autres formes de financement pour financer l'achat, les coûts opérationnels, et l'entretien de l'équipement radiologique.
3. Identifier les options d'emprunts les plus pratiques pour vous, lors du croissement de votre établissement.

1. Veuillez identifier l'individu (nom, occupation, et titre) **qui prend les décisions finales** lors de l'acquisition d'équipement d'imagerie médicale. S'il y a de multiples personnes qui prennent cette décision, veuillez identifier l'individu principal responsable de prendre cette décision.

Nom

Occupation

Titre

2. Est-ce que votre établissement a déjà **acheté** de l'équipement d'imagerie médicale dans le passé ?

- Oui
 Non

3. Est-ce que votre établissement a déjà payé pour **tout ou une partie** des coûts reliés à **l'achat** d'équipement d'imagerie médicale **en argent comptant** (autre que l'argent provenant de prêts ou d'autres sources de financement) ?

- Oui
 Non

4. Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, quelles sont **les sources d'argent comptants** que votre établissement a utilisé pour **l'achat** d'équipement d'imagerie médicale ? Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Revenu provenant de l'hôpital/clinique, fonds de dotation, ou liquidités
 Fonds gouvernementaux
 Dons
 Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

5. Est-ce que votre établissement a déjà payé pour **tout ou une partie** des coûts reliés à **l'achat** d'équipement d'imagerie médicale avec du financement provenant **d'emprunts ou autres formes de financement** ?

- Oui
 Non

6. Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, quelles sont les **sources de financement** que votre établissement a utilisé pour l'achat d'équipement d'imagerie médicale ? Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Banque ou institution financière
- Gouvernement
- Fournisseur ou manufacturier d'appareils d'imagerie médicale
- Particulier
- Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

7. Aussi, quelles **sources financières** votre établissement a-t-il utilisé **pour payer le capital et les intérêts** ? Veuillez choisir toutes les options applicables.

- Revenu provenant de l'hôpital/clinique, fonds de dotation, ou liquidités
- Fonds gouvernementaux
- Dons
- Autre

Si Autre, veuillez spécifier :

8. Généralement, votre établissement a obtenu des taux d'intérêt pour le financement d'achat d'équipement d'imagerie médicale dans les plages suivantes :

- N/A
- 0 à 5 %
- 6 à 11 %
- 12 à 17 %
- 18 à 23 %
- 24 à 29 %
- 30 à 35 %
- 36 à 41 %
- 42 à 47 %
- 48 % ou plus

9. Quel était le niveau de difficulté pour votre établissement d'effectuer ces remboursements de prêt à temps ?

- N/A
- Peu difficile
- Parfois difficile
- Très difficile

10. Votre établissement reçoit-il des **avantages fiscaux ou autres bénéfices** pour les intérêts payés sur des prêts utilisés pour l'achat d'équipement médical ?

- Oui
- Non

11. Dans le passé, votre établissement a-t-il payé pour **l'entretien ou la réparation** d'équipement d'imagerie médicale ?

- Oui
- Non

12. Est-il difficile pour votre établissement de se permettre de payer pour les coûts reliés à l'entretien et/ou la réparation d'équipement d'imagerie médicale ?

- N/A
- Très difficile
- Parfois difficile
- Indifférent
- Facile
- Très facile

La liste ci-dessous est un résumé des exigences que les prêteurs et les donateurs requièrent lorsqu'ils considèrent les applications pour l'aide financière. Nous avons fait mention de la plupart de ces exigences avec les questions ci-haut. **Notre but est de vous aider à développer des outils afin d'optimiser votre gestion financière ainsi que votre profil d'emprunt. Vous ne devez pas fournir ces documents à RAD-AID™ ou ses partenaires.** Lorsque nous nous rencontrerons, nous allons revoir cette liste avec vous. À ce moment-là, ou lors de correspondances futures, vous pouvez partager quelques items avec nous, que vous jugez pertinents.

1. Habilétés à démontrer la profitabilité :

- Profits annuels brutes et nettes de l'établissement
- Distribution des profits
- Bénéfices non-répartis

2. Habilétés à produire des budgets financiers sains :

- Budgets mensuels et annuels pour le département de radiologie
- Budgets mensuels et annuels pour l'établissement au complet, ce qui aiderait à appuyer les efforts lors de l'application d'emprunt pour de l'équipement d'imagerie médicale
- États financiers

3. Habilétés à démontrer un historique des états financiers (3 ans) :

- Liquidités
- Bilans comptables
- Déclaration de revenus

4. Levier disponible pour votre établissement :

- Qui fournira l'investissement initial pour l'établissement ?
- Qui fournira des investissements additionnels en ressources et technologies (gouvernement ou privé) ?
- Quel était l'investissement capital initial ?
- Quel est l'investissement capital présentement ?
- Bénéfices non-répartis annuels des opérations
- Tout emprunts et obligations impayés
- Ratio dette-revenu
- Dette-bénéfices non-répartis
- Dette-total des fonds propres
- Répartition détaillée des fonds existants, incluant prêts domestiques et étrangers, devises faibles ou fortes, risques liés aux taux d'intérêt, et horaire d'amortissement du financement.

5. Données financières régulièrement suivies et calculées :

- Marge brute/nette
- Revenu/dépense par patient
- Pourcentage des dépenses non-médicales vs médicales
- Coût fiscal
- Remboursements d'assurances
- Pourcentage des patients qui n'ont jamais payés

6. Coûts annuels fixes d'exploitation :

- Le travail
- Remboursement de prêt(s)
- Dépréciation de l'équipement

7. Coûts annuels variables :

- Électricité
- Eau
- Travail temporaire
- Consommables (fournitures médicales)

8. La direction et le conseil d'administration

- Profil professionnel
- Niveau d'engagement/participation
- Affiliations politiques

1. Autres commentaires :

