

**Partie à remplir par le MUTUALISTE**  
**EVALUATION DE LA SATISFACTION DU PATIENT**

AU MOINS 8 JOURS APRES LA FIN DE TRAITEMENT CHIROPATIQUE

*Cette fiche a un usage exclusivement scientifique. Aucune donnée nominative ne sera communiquée à un tiers. En particulier, aucune donnée individuelle ne sera transmise à une mutuelle ou à un organisme d'assurance-maladie.*

Nombre de séances 1 /\_/\_ 2 /\_/\_ 3 /\_/\_ si + de 3 séances, combien au total ? /\_/\_/

Dates de la première séance /\_/\_//\_/\_//\_/\_/ de la dernière séance /\_/\_//\_/\_//\_/\_/  
jour mois année jour mois année

Prénom et Nom du CHIROPATICIEN :

Année de naissance du PATIENT /\_/\_//\_/\_//\_/\_/

Pour un nourrisson, âge en mois /\_/\_//\_/\_/

Sexe du PATIENT féminin /\_/\_ masculin /\_/\_

**1) De quoi souffriez-vous au moment où vous avez consulté ce chiropraticien ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

douleur /\_/\_ perte de mobilité /\_/\_ autres /\_/\_ quoi ? \_\_\_\_\_

**2) Depuis combien de temps ?** \_\_\_\_\_

**3) Auparavant, pour ce problème, avez-vous consulté d'autre(s) praticien(s) ?** Oui /\_/\_ Non /\_/\_

si oui, le(s)quel(s) ? *(plusieurs réponses possibles)*

médecin généraliste /\_/\_ médecin spécialiste /\_/\_ kinésithérapeute /\_/\_ autre(s) /\_/\_

Précisez

**4) Est-ce que ces soins chiropratiques ont**

*(Mettez une croix sur la ligne entre les 2 extrêmes à l'endroit qui reflète le mieux ce que vous ressentez)*

- diminué vos douleurs ? Oui, totalement \_\_\_\_\_ Non, pas du tout \_\_\_\_\_
- amélioré votre mobilité ? Oui, totalement \_\_\_\_\_ Non, pas du tout \_\_\_\_\_
- apporté un « mieux être » ? Oui, totalement \_\_\_\_\_ Non, pas du tout \_\_\_\_\_
- apporté un autre bénéfice ? Le(s)quel(s) ? \_\_\_\_\_

**5) Est-ce que la chiropratique vous a permis de diminuer votre consommation de médicaments ?**

Oui, plus besoin de médicaments /\_/\_ Oui, diminution /\_/\_ Non, pas du tout /\_/\_ Non, c'est pire maintenant /\_/\_

Je ne prenais pas de médicaments /\_/\_

Médicaments concernés ? *(réponse facultative)*

**6) Prenez-vous d'autres médicaments depuis les consultations de chiropratique ? Si oui, le(s)quel(s) ?**

**7) Est-ce que ces soins chiropratiques ont eu des effets négatifs ?**

Lesquels ? Quand ? Pendant combien de temps ?

**8) Finalement, vous estimez-vous satisfait(e) de ces soins chiropratiques ?**

*Mettez une croix sur la ligne à l'endroit qui reflète le mieux votre degré de satisfaction plus vous êtes satisfait(e), plus la croix est proche de « très satisfait(e) », (plus vous êtes mécontent(e), plus la croix est proche de « très mécontent(e) »).*

Très satisfait(e) \_\_\_\_\_ Très mécontent(e)

*N'hésitez pas à ajouter au dos de cette fiche des commentaires, des conseils, des critiques ou des suggestions. D'avance, merci de votre aide.*

**Une fois remplie, envoyez cette fiche à : MacMut Open Rome, 67 rue du Poteau, 75018 Paris**