

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

AU MOINS 8 JOURS APRES LA FIN DE TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

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 PRATICIEN ostéopathe :

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 cet ostéopathe ?

(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 ostéopathiques 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 l'ostéopathie 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 d'ostéopathie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

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

Lesquels ? Quand ? Pendant combien de temps ?

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

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