

ÉVALUATION DE SATISFACTION

à l'attention des médecins prescripteurs

NOM-Prénom du médecin :

Date :

Adresse (ou cachet) :

IDENTIFICATION DE VOTRE PATIENT

NOM - Prénom du patient :

Date de naissance :

Thématique programme ETP* :

* une seule pathologie (prioritaire) à cocher

Diabète

Obésité

Maladies cardiovasculaires

Insuffisance cardiaque

1. Êtes-vous satisfait de la prise en charge éducative de votre patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

2. Pensez-vous qu'elle a permis d'améliorer la qualité de vie de votre patient ?

Oui Non Ne se prononce pas

3. Diriez-vous qu'à l'issue du programme, votre patient :

	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne se prononce pas
a une meilleure compréhension de sa maladie, de son traitement	<input type="checkbox"/>				
a une meilleure compréhension des changements à apporter à son mode de vie	<input type="checkbox"/>				
est capable de hiérarchiser des modifications à mettre en œuvre dans son mode de vie	<input type="checkbox"/>				
est plus réactif dans certaines situations aigües	<input type="checkbox"/>				
a développé sa capacité à prendre des décisions et résoudre des problèmes de thérapeutique quotidienne	<input type="checkbox"/>				
a aménagé son environnement et son mode de vie	<input type="checkbox"/>				
est capable d'exprimer des difficultés de gestion au quotidien de la maladie et des traitements	<input type="checkbox"/>				

4. Quel changement avez-vous pu percevoir dans la relation avec votre patient ?

Amélioration :

- de la confiance dans les échanges Oui Non Ne se prononce pas
- de la prise en compte des besoins et attentes du patient Oui Non Ne se prononce pas
- de la planification du suivi médical Oui Non Ne se prononce pas
- dans le changement de comportement du patient par rapport à sa maladie Oui Non Ne se prononce pas
- autres :
.....

Merci pour votre coopération