|  |
| --- |
| **EVALUATION DE LA SATISFACTION PATIENT DU PROGRAMME D’ETP « avant ma chirurgie bariatrique »** |

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATELIER** | **CONTENU**SmileTriste.gif | **SATISFACTION** **(de 0** SmileTriste.gif **à 10)** | **Clarté des messages**SmileTriste.gif | **Organisation**SmileTriste.gif | **SUPPORT REMIS**SmileTriste.gif |
| **Présentation du programme****Infirmière video 1** | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** | **□ □ □** |
| **Médecin** **Nutritionniste****Video 2** | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** |
| **Dieteticienne 1****Video 3**  | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** |
| **Diététicienne 1****Video 4** | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** |
| **Psychologue****Video 5**  | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** |
| **Activité physique adaptée****Video 6** | **□ □ □** |  | **□ □ □** | **□ □ □** |

**Sujets à aborder davantage : Pensez-vous que ce programme a répondu à vos interrogations ?**

**□** Diététique **□** Oui

**Remarques, observations :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………**…………**

**□** Activité physique **□** Non, pourquoi ?

**□** Complications médicales

**□** Analyse comportementale et image du corps

**Etes-vous satisfait de ce programme en ligne ou préfériez-vous**

**un programme en groupe présentiel à la clinique ?**