

4. Comment évaluez-vous le traitement dans son ensemble?

(à marquer d'une croix dans l'échelle)

insatisfaisant			satisfaisant				bien		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

5. Avez-vous été suffisamment informé(e) et associé(e) au traitement?

(veuillez marquer d'une croix la réponse dans la case adéquate)

	oui	non
accords	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déroulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
réactions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vous sentiez-vous compris(e) et soutenu(e)?

oui non

(description en q.q. mots s.v.pl.)

7. Pouvez-vous recommander le/la thérapeute?

oui non

8. Voeux personnels, suggestions et remarques:

Date _____

Veuillez s.v.pl. renvoyer le questionnaire à votre thérapeute!

Adresse du/de la thérapeute