

CONSULTATION DÉPARTEMENTALE SUR L’OFFRE DE SOINS

Vous êtes Femme Homme Autre

**Ville** : **Age** : ans

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avez-vous à proximité : ( = entre 0 et 10 km )** | **Avez-vous besoin de ces services, pour vous ou vos proches :** | **Délai de rdv** |
| Jours | Mois | NonJoignable |
|  Médecin traitant ou cabinet médical |  Médecin traitant ou cabinet médical |  |  |  |
|  Dentiste |  Dentiste |  |  |  |
|  Ophtalmologue |  Ophtalmologue |  |  |  |
|  Dermatologue |  Dermatologue |  |  |  |
|  Kinésithérapeute |  Kinésithérapeute |  |  |  |
|  Pharmacie |  Pharmacie |  |  |  |
|  Cabinet de radiologie |  Cabinet de radiologie |  |  |  |
|  Infirmières ou cabinet d’infirmières |  Infirmières ou cabinet d’infirmières |  |  |  |
|  Hôpital public |  Hôpital public |  |  |  |
|  Clinique privée |  Clinique privée |  |  |  |
|  Ehpad |  Ehpad |  |  |  |
|  Psychiatrie / Psychologue |  Psychiatrie / Psychologue |  |  |  |
|  Gynéco / Urologie |  Gynéco / Urologie |  |  |  |
|  Laboratoire Biologie Médicale |  Laboratoire Biologie Médicale |  |  |  |
| Homéopathe, ostéopathe… |  Homéopathe, ostéopathe… |  |  |  |
|  Autres |  Autres |  |  |  |

**Médecine générale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Avez-vous un médecin référent ? |  oui |  non | Si NON, exprimez vos difficultés : |
| Comment prenez-vous rendez-vous ? |  Téléphone |  Physiquement |  Internet (Ex : Doctolib) |  Autre : |
| Distance entre votredomicile et votre médecin ou cabinet médical ? | ………….. | Km  |  |  |
| Comment y allez-vous?Questionnaire à retourner à l’USR CGT 66 ou USD SANTÉ CGT 66 Maison des syndicats – 8 rue de la Garrigole – 66000 PERPIGNAN Par Courriel : usrcgt66@gmail.com ou usdcgt66@orange.fr |  À pied |  En voiture |  Par un tiers(Taxi, famille etc…) |  Autre :(Ex : Transport en commun) |
| Combien payez-vous votre consultation ? |  €  | Bénéficiez-vous du tiers payant ? Oui Non Avez-vous un reste à charge ? Oui Non |

HOPITAL PUBLIC – CLINIQUE PRIVÉE

Distance de l’hôpital ou de la clinique la plus proche de votre domicileKm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous accès à des spécialistes ? |  Oui |  Non |
| Quels en sont les délais pour un RDV ? | En jours : …….. | En mois : ……….. |
| Etes-vous dirigés vers le secteur Public ou Privé ? |  Public Privé | Est-ce votre choix ? Oui Non |
| Êtes-vous en capacité de payer un dépassement d’honoraires ? |  Oui |  Non |

SERVICE DES URGENCES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous eu besoin de ce service récemment ? |  Oui |  Non |
| Aviez-vous connaissance du forfait urgences ? |  Oui |  Non |

EHPAD/MAISON DE RETRAITE/MAINTIEN À DOMICILE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous une ou des personnes de votre entourage en EHPAD ou maison de retraite ? |  Oui |  Non |
| Avez-vous eu le choix de l’établissement ? |  Oui |  Non |
| Pensez-vous que le personnel de ces établissements soit en nombre suffisant pour dispenser des soins de qualité ? |  Oui |  Non |
| Avez-vous fait appel à un service de maintien à domicile ? Oui NonSi oui quel type de service à domicile ? SSIAD associatif (ex : Joseph Sauvy) HAD |
| Est-ce que le service de maintien à domicile a répondu à vos attentes ? Oui Non Si Non en quelques mots pourquoi ?  |

**AVEZ VOUS DÉJÀ RENONCÉ À VOUS SOIGNER ? oui non**

**Si oui exprimez les difficultés rencontrées (ex : dépasssement honoraires trop important**

***SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR DES INFORMATIONS ET/OU NOUS JOINDRE, MERCI DE LAISSER VOTRE NOM, PRENOM, ADRESSE MAIL ET ADRESSE POSTALE :*** Nom : .

 Prénom :

Messagerie : **@**

Adresse

VOS RÉPONSES NOUS SONT PRÉCIEUSES !

EXPRIMEZ VOUS, FAITES REMONTER VOS REMARQUES, VOS DIFFICULTÉS, MAIS AUSSI VOS PROPOSITIONS