



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 | Non  Joignable |
| 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](mailto:usrcgt66@gmail.com) ou [usdcgt66@orange.fr](mailto: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 Non  Si 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