



À NOTRE SANTÉ ... ! ?

CONSULTATION DÉPARTEMENTALE SUR L'OFFRE DE SOINS

Vous êtes

☐ Femme

☐ Homme

☐ Autre

Ville :

Age :

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 votre domicile et votre médecin ou cabinet médical ?		Km :		
Comment y allez-vous ?	☐ 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 PRIVEE

Distance de l'hôpital ou de la clinique la plus proche de votre domicile : Km

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 : dépassement honoraires trop important) :

VOS RÉPONSES NOUS SONT PRÉCIEUSES !

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

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

Adresse postale :

Adresse mail :

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

Ou à remettre à un militant de votre connaissance