

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| NO | | | | | |

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale

| | | | | | |
|-------|--|-------|--|----------------------|--|
| | | | | | |
| Année | | Vague | | Société d'enquête | |

| |
|-----------------|
| CARNET DE SOINS |
|-----------------|

VOS CONSOMMATIONS

DE SOINS DE SANTE

PENDANT 1 MOIS

Du : **Au :**

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** et n'a pas de caractère obligatoire.

La loi n° 78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques

concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Ce droit peut être exercé auprès de ISL - 6, rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

QUE DEVEZ VOUS NOTER

Inscrivez chaque jour, pour vous-même ou chaque personne vivant avec vous, TOUS LES SOINS DE SANTE RECUS, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non :

DANS LA PARTIE SOINS MEDICAUX :

- **LES CONSULTATIONS, LES VISITES ET SOINS** de :
 - Médecins, (précisez sa spécialité : généraliste, pédiatre, gynécologue, cardiologue, etc.)
 - Dentistes,
 - Sages-femmes,
 - Infirmières,
 - Kinésithérapeutes,
 - etc.

Si le médecin ou le dentiste à fait un examen particulier, mentionner cet examen :

- électrocardiogramme, échographie pour la grossesse, radiographie des dents,
- prélèvement pour frottis,
- pose de stérilet,
- piqûres,
- fibroscopie,
- coloscopie,
- audiogramme,
- bronchoscopie,
- biopsie,
- etc.

- **LES EXAMENS, ANALYSES, TRAITEMENTS** tels que :
 - radiographies (précisez la partie du corps radiographiée),
 - rayons,
 - analyses, (précisez : de sang, d'urines, de selles...)
 - etc.
- **LES HOSPITALISATIONS**, précisez les dates d'entrée et de sortie, ainsi que le service.
- **LES DEPENSES** effectuées ce mois, même pour des soins qui ont commencé avant le début de ce mois de relevé (séances de kinésithérapie, soins dentaires, etc.).

SUR CE CARNET ?

**S
O
I
N
S**

DANS LA PARTIE MEDICAMENTS :

- **LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**, achetés ou reçus gratuitement, prescrits ou non, (y compris les produits d'usage courant tels que : alcool à 90°, coton hydrophile, pansements, etc.)
- **LES APPAREILS ORTHOPEDIQUES, LUNETTES**, etc., achetés, prêtés, ou loués.

**M
E
D
I
C
A
U
X**

**POUR CHACUN DE CES SOINS RECUS OU DE CES PRODUITS ACQUIS,
PRECISEZ LA MALADIE OU LE MOTIF QUI EN EST A L'ORIGINE.**

**INDIQUEZ SI VOUS AVEZ PAYE QUELQUE CHOSE
ET LE MONTANT DE VOTRE PAIEMENT.**

| DATE Jour / Mois | PRENOM | LIEU DES SOINS A : cabinet du médecin ? B : chez vous ? C : autre, <i>précisez</i> | QUELS SOINS OU EXAMENS VOUS A-T-ON FAITS ? Une consultation ? Un électrocardiogramme ? Une radio du genou ? Une analyse de sang ? etc. |
|-------------------------|--------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| QUI LES A FAITS ? Un généraliste ? Un spécialiste ? <i>précisez</i> Une infirmière ? Un dentiste ? etc. | POUR QUELLE MALADIE ? <i>(précisez laquelle)</i> OU POUR QUEL MOTIF ? <i>(précisez lequel, par exemple :</i> <i>grossesse, accident, contraception,</i> <i>vaccination, prévention...)</i> | AVEZ VOUS PAYE QUELQUE CHOSE ? A : oui, la totalité B : oui, mais une partie seulement - <i>précisez</i> C : non, <i>précisez pourquoi ?</i> | SI OUI, COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ? |
|---|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DATE | PRENOM | LIEU DES SOINS | QUELS SOINS OU EXAMENS VOUS A-T-ON FAITS ? |
|-------------|--------|---|---|
| Jour / Mois | | A : cabinet du médecin ? B : chez vous ? C : autre, <i>précisez</i> | Une consultation ? Un électrocardiogramme ? Une radio du genou ? Une analyse de sang ? etc. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| QUI LES A FAITS ? Un généraliste ? Un spécialiste ? <i>précisez</i> Une infirmière ? Un dentiste ? etc. | POUR QUELLE MALADIE ? <i>(précisez laquelle)</i> OU POUR QUEL MOTIF ? <i>(précisez lequel, par exemple : grossesse, accident, contraception, vaccination, prévention...)</i> | AVEZ VOUS PAYE QUELQUE CHOSE ? A : oui, la totalité B : oui, mais une partie seulement - <i>précisez</i> C : non, <i>précisez pourquoi ?</i> | SI OUI, COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ? |
|---|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DATE Jour / Mois | PRENOM | MEDICAMENT (ou appareil) Nom du produit, dosage, (0,5 g, 10 mg) Forme (comprimés, gélules, millilitres) | QUANTITE CONTENUE DANS 1 BOITE | NOMBRE DE BOITES |
|-------------------------|--------|---|---|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| POUR QUELLE MALADIE ? (<i>précisez laquelle</i>) OU POUR QUEL MOTIF ? (<i>précisez lequel, par exemple : grossesse, accident, contraception, vaccination, prévention...</i>) | A-T-IL ETE PRESCRIT SUR ORDONNANCE ? | AVEZ VOUS PAYE QUELQUE CHOSE ? A : oui, la totalité B : oui, mais une partie seulement - <i>précisez</i> C : non, <i>précisez pourquoi</i> | SI OUI, COMBIEN AVEZ- VOUS PAYE ? |
|---|--|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**M
E
D
I
C
A
M
E
N
T
S**

| DATE Jour / Mois | PRENOM | MEDICAMENT (ou appareil) Nom du produit, dosage, (0,5 g, 10 mg) Forme (comprimés, gélules, millilitres) | QUANTITE CONTENUE DANS 1 BOITE | NOMBRE DE BOITES |
|-------------------------|--------|---|---|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| <p>POUR QUELLE MALADIE ? <i>(Précisez laquelle)</i></p> <p>OU POUR QUEL MOTIF ? <i>(précisez lequel, par exemple : grossesse, accident, contraception, vaccination, prévention...)</i></p> | <p>A-T-IL ETE PRESCRIT SUR ORDONNANCE ?</p> | <p>AVEZ VOUS PAYE QUELQUE CHOSE ?</p> <p>A : oui, la totalité B : oui, mais une partie seulement - <i>précisez</i> C : non, <i>précisez pourquoi ?</i></p> | <p>SI OUI, COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ?</p> |
|--|--|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

