

N0						

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale

Année	Vague	Mode d'enquête

CARNET DE SOINS

VOS SOINS DE SANTE PENDANT 30 JOURS

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 SUR CE CARNET ?

Inscrivez chaque jour, pour vous-même ou chaque personne vivant avec vous, TOUS LES SOINS DE SANTE REÇUS, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non. Pour chacun des soins reçus ou des produits acquis, précisez la maladie ou le motif qui en est à l'origine, indiquez qui vous a conseillé cette séance. Inscrivez également si vous avez payé quelque chose et le montant de votre paiement.

DANS LA PARTIE SOINS MEDICAUX, NOTEZ :

- **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 a fait un examen particulier, mentionnez cet examen :

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

- **LES EXAMENS, ANALYSES, TRAITEMENTS** tels que :

- radiographies (*précisez la partie du corps radiographiée*),
- rayons, radiothérapie
- analyses (*précisez : de sang, d'urines, de selles...*),
- etc.

- **LES HOSPITALISATIONS** (*précisez les dates d'entrée et de sortie, ainsi que la spécialité du service*).

- **L'ARGENT DEBOURSÉ** pour chaque soin durant ce mois sous forme d'argent liquide, de carte bleue ou de chèque. La somme à inscrire est celle que vous avez vous-même donnée au médecin ou au dentiste lorsqu'il vous a demandé de le régler, même si cette somme vous sera remboursée en partie ou totalement par la suite.

Si certains soins ont commencé avant le début de l'enquête et que vous devez les régler durant le mois, notez ce que vous avez payé. Par contre, n'inscrivez que les soins réalisés durant ce mois.

DANS LA PARTIE MEDICAMENTS, NOTEZ :

- **LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ACHETÉS** durant le mois de l'enquête ou reçus gratuitement, prescrits ou non, (*y compris les produits d'usage courant tels que : alcool à 90°, coton hydrophile, pansements, etc.*), qu'ils aient été ou non utilisés.
- **LES APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, LUNETTES**, etc. (*achetés, prêtés, ou loués*).
- **LA SOMME VERSÉE** au pharmacien ou à l'opticien le jour de votre achat, même si cette somme ne représente qu'une partie du montant total des produits (par exemple si vous avez demandé à bénéficier du tiers-payant). Certaines personnes prises en charge à 100 % pour diverses raisons peuvent ne rien déboursier, notez alors que vous n'avez rien payé (0 franc) et la raison de ce paiement nul.

Nous cherchons à savoir ce que vous avez réellement réglé sous forme d'argent liquide, de Carte Bleue ou de chèque pour l'achat de ces produits même si cette somme vous sera partiellement ou totalement remboursée par la suite.

DURANT LA PÉRIODE DE RELEVÉ :

si vous n'avez pas eu de soins médicaux, notez en travers de la 1ère page des soins médicaux : PAS DE CONSOMMATION

si vous n'avez pas acheté de médicaments, notez en travers de la 1ère page des médicaments : PAS DE CONSOMMATION

DATE Jour / Mois	PRÉNOM	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.
----------------------------	---------------	--	--	---

Exemples ↓

Exemple de l'enquêté ↓

--	--	--	--	--

Commencez à noter ci-dessous vos consultations, visites, examens, soins...↓

DATE Jour / Mois	PRÉNOM	MÉDICAMENT (ou appareil) Nom du produit et dosage (0,5 g, 10 mg) Forme (comprimés, gélules, millilitres)	QUANTITÉ CONTENUE DANS UNE BOITE	NOMBRE DE BOITES
Exemples ↓				
Exemple de l'enquêté ↓				
Notez ci-dessous vos achats de médicaments, même si vous n'avez rien payé : ↓				

