

6. SI L'ASSURE PRINCIPAL EST ABSENT DE LONGUE DUREE,
PRECISER LE MOTIF :

6bis. SI PERSONNE NE VEUT REpondre A LA PLACE DE L'ASSURE
PRINCIPAL NOTER LE MOTIF DU REFUS :

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'INTERET GENERAL ET N'A PAS DE CARACTERE 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.

	VISITE N°2		VISITE N°3	
1. DATE :	[] [] jour mois		[] [] jour mois	
2. HEURE DEBUT :	[] h [] mn		[] h [] mn	
HEURE FIN :	[] h [] mn		[] h [] mn	
3. AVEZ-VOUS RENCONTRE UNE PERSONNE A INTERROGER ?				
oui .....	..... 1 .....		..... 1	==> aller à 4
non .....	..... 2 .....		..... 2	==> aller à 5
4. POUVEZ-VOUS REALISER L'INTERVIEW ?				
oui, tout de suite .....	..... 1 .....		..... 1	==> aller à 7
oui, plus tard (moins d'une semaine) ...	..... 2			====> prendre rendez-vous
	jour [] [] mois [] h [] mn			
non .....	..... 3 .....		..... 3	==> aller à 5
5. POUR QUELLES RAISONS NE POUVEZ-VOUS PAS REALISER AUJOURD'HUI L'INTERVIEW ?				revenir dans quelques jours pour une 3ème visite
N'a rencontré personne .....	..... 01 .....		..... 01	
Inconnu à cette adresse.....	..... 02 .....		..... 02	====> FIN DE L'ENQUETE
Décédé .....	..... 03 .....		..... 03	
Absent de longue durée.....	..... 04 .....		..... 04	==> aller à 6
Est en vacances.....	..... 05 .....		..... 05	
Ne veut pas répondre sans précision.....	..... 06 .....		..... 06	====> SI ACCEPTATION, ALLER EN 7

Ne peut ou ne veut pas répondre :				
. pour raison de santé	07	07		
. ne comprend pas le français	08	08		
. ne peut pas remplir les documents	09	09		
A changé de domicile.....	10	10		
Personne âgée partie en institution.....	11	11		
Autres, (précisez) :	12	12		

SI REFUS,
ALLER EN 6 bis

Inscrire sur la fiche la nouvelle adresse et si dans un rayon pas trop éloigné, aller l'interviewer (visite n° 3).

FIN DE L'ENQUETE

6. SI L'ASSURE PRINCIPAL EST ABSENT DE LONGUE DUREE, PRECISER LE MOTIF :

.....

┌──┐

6bis. SI PERSONNE NE VEUT REpondre A LA PLACE DE L'ASSURE PRINCIPAL, PRECISER LE MOTIF DU REFUS :

.....

┌──┐

I. QUESTIONS D'OPINION :

7. LES SOLUTIONS SUIVANTES VOUS SEMBLent-ELLES SATISFAISANTES POUR RESORBER UN EVENTUEL DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE ?

	oui	non	nsp
Augmenter les cotisations des salariés ou des indépendants.....	1	2	3
Augmenter les cotisations des employeurs.....	1	2	3
Diminuer les remboursements des consultations et des visites	1	2	3
Diminuer les remboursements des médicaments courants.....	1	2	3
Permettre aux assurances privées de concurrencer la Sécurité sociale	1	2	3
Augmenter les contrôles pour limiter les abus des patients.....	1	2	3
Augmenter les contrôles pour limiter les abus des médecins, hôpitaux, etc	1	2	3

7 bis. PENSEZ-VOUS QUE D'AUTRES MESURES SONT A ENVISAGER ?

Si oui, lesquelles :

.....

┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
 ┌──┐ ┌──┐

8. VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE RENONCER A CERTAINS SOINS PARCE QUE L'AVANCE DE FRAIS ETAIT TROP IMPORTANTE ?

1 2 3

	oui	non	nsp	
Si oui, lesquels ? Etait-ce au cours des 12 derniers mois ?				
Soin 1 :	1	2	3	┌──┐
Soin 2 :	1	2	3	┌──┐
Soin 3 :	1	2	3	┌──┐
8.bis VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE RENONCER A CERTAINS SOINS PARCE QUE LE REMBOURSEMENT EN ETAIT TROP LIMITE ?	1	2	3	
Si oui, lesquels ? Etait-ce au cours des 12 derniers mois ?	oui	non	nsp	
Soin 1 :	1	2	3	┌──┐
Soin 2 :	1	2	3	┌──┐
Soin 3 :	1	2	3	┌──┐
9. HIER, C'EST-A-DIRE (DERNIER JOUR OUVRABLE), ETES-VOUS ALLE A LA PHARMACIE ?	1	2	3	
Si oui, à cette occasion, avez-vous acheté un ou plusieurs produits pharmaceutiques NON PRESCRITS, c'est-à-dire sans ordonnance (y compris aspirine, vitamines, sirop,...) ?	1	2	3	
Si oui, lesquels :				
.....				
.....				
.....				
9.bis Toujours HIER, quelqu'un d'autre du ménage a t-il été à la pharmacie	1	2	3	
Si oui, à cette occasion, a t-il acheté un ou plusieurs produits pharmaceutiques NON PRESCRITS, c'est-à-dire sans ordonnance (y compris aspirine, vitamines, sirop,...) ?	1	2	3	
Si oui, lesquels :				
.....				
.....				
.....				

II. LISTE DES PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT (PAR AGE DECROISSANT) :

Il s'agit des personnes qui vivent habituellement dans le logement et de celles qui sont là pour plus de 10 semaines, à partir du jour de l'enquête, y compris les employés de maison vivant dans le logement, les absents de courte durée (hospitalisation, voyage d'affaire, d'agrément...) et de longue durée (élèves internes, étudiants, militaires du contingent...), à l'exclusion des personnes de passage pour moins de 10 semaines qui auraient leur domicile habituel ailleurs.

Enquêteur	Sur la première ligne du tableau, sont recueillis les renseignements relatifs à l'ASSURE PRINCIPAL qui est la la personne dont le nom et le prénom sont inscrits sur la fiche adresse. En principe, c'est elle qui répond. Si ce n'est pas
-----------	--

1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2
.....																

REGIMES DE SECURITE SOCIALE	
<p>REGIMES RATTACHES AU REGIME GENERAL :</p> <p>-----</p> <p>210 Régime général des salariés</p> <p>220 Fonctionnaires et ouvriers de l'Etat</p> <p>225 Agents des collectivités locales</p> <p>230 EDF-GDF</p> <p>240 Etudiants</p> <p>250 Médecins, dentistes, auxiliaires médicaux conventionnés</p> <p>260 Assurés volontaires, assurés personnels</p> <p>270 Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation AAH</p> <p>275 Invalides de guerre</p> <p>276 Titulaires d'une pension d'invalidité Sécu. Soc.</p> <p>280 Régime local Alsace-Moselle</p> <p>285 Autres régime général (cultes, artistes...)</p>	<p>REGIMES NON RATTACHES AU REGIME GENERAL :</p> <p>-----</p> <p>300 Régime agricole</p> <p>310 SNCF, MINES, RATP</p> <p>320 Militaires de carrière</p> <p>330 Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) Artisans, commerçants, industriels, libéraux, médecins à honoraires libres</p> <p>340 Autres régimes particuliers</p>

20. LA PERSONNE EST-ELLE PROTEGEE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE LA SECURITE SOCIALE ?

	1. oui, car elle travaille elle est retraité(e), étudiant(e), veuve de pensionné, invalide...	2. oui, car elle est ayant droit d'une personne qui vit avec elle, dans ce foyer.	3. oui, car elle est ayant droit d'une personne ne vivant pas ici, avec elle	4. non
	Quel est son régime ?	De qui est-elle ayant droit ? (n° d'ordre individuel)	Quel est son régime ?	
	|| V	|| V	|| V	|| V
01	1 [] [] [] [] []	2 [] [] [] []	3 [] [] [] [] []	4
02	1 [] [] [] [] []	2 [] [] [] []	3 [] [] [] [] []	4
03	1 [] [] [] [] []	2 [] [] [] []	3 [] [] [] [] []	4
04	1 [] [] [] [] []	2 [] [] [] []	3 [] [] [] [] []	4

05	1	2	3	4
06	1	2	3	4
07	1	2	3	4
08	1	2	3	4
09	1	2	3	4
10	1	2	3	4

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE A 100 % POUR TOUT OU PARTIE DES SOINS PAR LA SECURITE SOCIALE

1. Personne en incapacité permanente par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
2. Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité
3. Pensionné malade ou blessé de guerre
4. Personne atteinte d'une maladie "de longue durée" =====> PRECISER LAQUELLE OU LESQUELLES EN COLONNE 25
5. Femme enceinte depuis au moins 5 mois
6. Enfant ou adulte dans un établissement pour handicapé
7. Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins
8. Autres motifs =====> PRECISER LEQUEL OU LESQUELS EN COLONNE 25
9. Motif inconnu

21.	22.
<p>La personne est-elle prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale ? (hors RMI, chômeurs, militaires du contingent...)</p> <p>1. oui</p>	<p>Si oui, pour quel MOTIF ?</p> <p>Si cette prise en charge est liée à une maladie, où à un autre motif non précisé dans la liste ci-dessus, écrire le nom de cette maladie ou de cet autre motif</p> <p style="text-align: center;">(codes 4 et 8)</p>

	2. non 3. nsp	
01	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
02	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
03	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
04	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
05	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
06	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
07	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
08	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
09	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
10	1 2 3	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐

23.
La personne
bénéficie-t-elle
de
l'AIDE
MEDICALE
GRATUITE
(A. M. G.) ?
ou d'une
CARTE SANTE

24.
La personne
perçoit-t-elle
le
REVENU
MINIMUM
D'INSERTION
(R. M. I.) ?

25. Y a-t-il des personnes qui ne vivent pas avec l'assuré principal
et qui sont rattachées à sa couverture maladie obligatoire de la
Sécurité sociale ?
par exemple : un enfant chez un parent séparé, un conjoint séparé,...

oui 1 =====> 28. Si oui, combien : ┌──┐

non 2

ne sait pas 3

ENQUETEUR

«-----»

27.	28.	29.	30.
<p>La personne bénéficia-t-elle d'une Mutuelle ou Assurance ou autre Couverture Complémentaire MALADIE en plus de la couverture obligatoire de la Sécurité sociale</p> <p>1. oui ==></p>	<p>La personne est-elle</p> <p>1. Assurée elle même</p> <p>2. Ayant-droit d'une autre personne</p> <p>3. Ne sait pas</p>	<p>La personne est-elle assurée</p> <p>1. Par son entreprise ou celle d'une autre personne du ménage car c'est obligatoire</p> <p>2. Par son entreprise ou celle d'une autre personne du ménage mais ce n'est pas obligatoire</p> <p>3. Directement par une mutuelle (hors mutuelle d'entreprise) ou une assurance</p> <p>4. Ne sait pas</p>	<p>Nom et localisation de la Couverture Complémentaire principale (sigle, intitulé développé et adresse la plus précise possible)</p>

2. non ==> Passer à la personne suivante

3. ne sait pas

réservé
chiffrement

1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		
1 2 3	1 2 3	1 2 3 4		

31.				32.			
POUR CHACUN DES TYPES DE SOINS SUIVANTS, COMMENT LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE REMBOURSE-T-ELLE LA PART QUI N'EST PAS PRISE EN EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE DE LA SECURITE SOCIALE ?				Jusqu'à quel niveau a-t-elle poursuivi ses études			
En intégralité 1 Bien 2 Moyennement 3 Mal 4 Très mal 5 Pas du tout 6 Ne sait pas 7				1. Non scolarisé Jamais scolarisé 2. Maternelle Primaire CEP DFEO 3. Premier cycle 6ème 5ème 4ème 3ème Technique jusqu'à CAP et BEP 4. Second cycle 2nde 1ère Terminale BT Bac Technique Baccalauréat 5. Supérieur 6. Autres Préciser			
Lunettes		Prothèse dentaire (couronne par ex)		Soin de spécialiste			
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6	.....
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6	.....
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6	.....

Enquêteur	Si l'enquêté	
demande des précisions :		
Bien	80 %	de la part non rem- boursée par la Sécurité sociale
Moyennement	60 %	
Mal	40 %	
Très mal	20 %	

01

02

03

04	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
05	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
06	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
07	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
08	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
09	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
10	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6

33.	34.	35.	36.	37.
OCCUPATION PRINCIPALE				Quelle est sa PROFESSION ?
01. Actif travaillant actuellement				(avec le plus de précision possible)
02. Actif en congé longue maladie				
03. Actif en congé maternité				
04. Retraité ou retiré des affaires				Quelle est sa
05. Veuf ou veuve Titulaire d'une pension de réversion		A-t-elle déjà travaillé		DERNIERE PROFESSION ?
06. Chômeur	Si elle ne travaille => pas, est-ce pour raison de santé ?	1. oui	En quelle année a-t-elle cessé de => travailler	(ou celle de son mari si la personne est une femme veuve et titulaire d'une pension de reversion, n'ayant jamais travaillé)
07. Personne au foyer (y compris congé parental)	1. oui	2. non		
08. Inactif avec pension d'invalidité	Si oui, pour quelle maladie ?	|| si veuf passer à la Q39,		
09. Autre inactif	2. non			

												sinon		=> passez à la personne suivante			
10. Militaire du contingent																	
11. Etudiant ou élève												=> passez à la personne suivante				réservé	
12. Enfant non scolarisé, bébé																chiffre- ment	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	19	_____	.....	_____

38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.
Est-elle :	Est-elle :		>De quel type est son contrat ?	Craint-elle	Combien	Quelle est
1. Fonctionnaire	1. OS, manoeuvre		1. à durée indéterminée (CDI)	d'être obligée	d'heures	la durée
	2. Ouvrier qualifié		2. à durée inférieure ou	de cesser son	travaille	hebdomadaire
	3. Employé		égale à 6 mois	activité	t-elle	du trajet
	4. Technicien		3. à durée sup. à 6 mois	professionnelle	par	domicile
2. Salarié non fonctionnaire	Agent de maîtrise		4. intérim	pour des	semaine ?	travail,
	5. Ingénieur, cadre, prof. intellectuelle sup.		5. travail saisonnier	raisons	(hors	aller/
	6. Refus		6. contrat emploi-solidarité	économiques	=>	retour
			7. contrat de retour à l'emploi	d'ici un an ?		
3. Non salarié	1. Agriculteur	Nombre	8. autres, précisez	1. oui		
	2. Artisan	de		2. non		
	3. Industriel, commerçant	salariés				

	4. Profession libérale			3. nsp	trajet)	
Etait-elle	Etait-elle :					
1. Fonctionnaire	1. OS, manoeuvre 2. Ouvrier qualifié 3. Employé	==> passez à la personne suivante				
2. Salarié non fonctionnaire	4. Technicien Agent de maîtrise 5. Ingénieur, cadre, prof. intellectuelle sup. 6. Refus					
3. Non salarié	1. Agriculteur 2. Artisan 3. Industriel, commerçant 4. Profession libérale	==> Nombre de salariés	==> passez à la personne suivante			
01	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
02	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
03	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
04	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
05	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
06	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
07	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
08	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
09	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____
10	1 2 3	1 2 3 4 5 6	_____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3	_____

45. A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR TOUTES LES PERSONNES DE 70 ANS ET PLUS :

Personne N° _____	Personne N° _____	Personne N° _____
Prénom :	Prénom :	Prénom :

NUMERO DE LA PERSONNE QUI REpond AUX QUESTIONS

N° _____

N° _____

N° _____

■ LA PERSONNE A-T-ELLE RECU UN CARNET MEDICAL DE LA SECURITE SOCIALE ?

Oui .....	..... 1 .....	..... 1 .....	..... 1
Non .....	..... 2 .....	..... 2 .....	..... 2
Ne sait pas .....	..... 3 .....	..... 3 .....	..... 3

■ SI OUI, PENSE-T-ELLE QUE L'UTILISATION DE CE CARNET MODIFIE LA FACON DONT ELLE EST SOIGNEE ?

┌ Oui, en mieux .....	..... 1 .....	..... 1 .....	..... 1
└ Oui, en moins bien .....	..... 2 .....	..... 2 .....	..... 2
┌ Oui, ne sait pas .....	..... 3 .....	..... 3 .....	..... 3
└ Peut-être, en mieux .....	..... 4 .....	..... 4 .....	..... 4
┌ Peut-être, en moins bien .....	..... 5 .....	..... 5 .....	..... 5
└ Peut-être, ne sait pas .....	..... 6 .....	..... 6 .....	..... 6
Non .....	..... 7 .....	..... 7 .....	..... 7
Ne sait pas .....	..... 8 .....	..... 8 .....	..... 8

■ LORSQUE LA PERSONNE VA CONSULTER UN MEDECIN, EMPORTE T-ELLE SON CARNET MEDICAL ?

Toujours .....	..... 1 .....	..... 1 .....	..... 1
Souvent .....	..... 2 .....	..... 2 .....	..... 2
Parfois .....	..... 3 .....	..... 3 .....	..... 3
Jamais .....	..... 4 .....	..... 4 .....	..... 4
Ne sait pas .....	..... 5 .....	..... 5 .....	..... 5

■ LA PERSONNE PENSE-T-ELLE QUE CE CARNET LIMITE LES POSSIBILITES QU'ELLE A (OU QUE LA PERSONNE A) DE CONSULTER UN GENERALISTE DE SON CHOIX ?

Oui .....	..... 1 .....	..... 1 .....	..... 1
Non .....	..... 2 .....	..... 2 .....	..... 2
Ne sait pas .....	..... 3 .....	..... 3 .....	..... 3

■ LA PERSONNE PENSE-T-ELLE QUE CE CARNET LIMITE LES POSSIBILITES QU'ELLE A (OU QUE LA PERSONNE A) DE CONSULTER UN SPECIALISTE DE SON CHOIX ?

Oui .....	..... 1 .....	..... 1 .....	..... 1
Non .....	..... 2 .....	..... 2 .....	..... 2
Ne sait pas .....	..... 3 .....	..... 3 .....	..... 3

46. COMMENTAIRES EVENTUELS DE L'ENQUETE :

.....

Annoncez que vous reviendrez dans 1 mois environ, pour récupérer le carnet de soins et les questionnaires.

Prendre rendez-vous |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| Heure de fin de visite |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 jour mois heure mn heure mn

47. AVEZ-VOUS LE TELEPHONE ? 1. oui 2. non

Si oui, notez ce numéro de téléphone sur la fiche adresse et annoncez que vous appellerez quelques jours avant le rendez-vous prévu pour confirmer celui-ci.

Commentaires éventuels de l'enquêteur sur cette première visite :

.....

DEUXIEME VISITE

Jour |_|_|_|_| mois |_|_|_|_| heure de début |_|_|_|_| h |_|_|_|_| mn

ENQUETEUR

RECUPERER : - les questionnaires "Hospitalisation", "Fréquentation d'Etablissement Spécialisé" et "Couverture Complémentaire" s'il y a lieu.

- les questionnaires "Santé" : si le recto de l'un d'entre eux n'est pas rempli, demandez pourquoi ? S'agit-il d'une absence de maladie ou d'un refus de répondre ? Dans tous les cas, notez la réponse sur le recto du Questionnaire Santé.

- le carnet de soins : si celui-ci est vierge, demandez s'il s'agit d'une absence de consommation ou d'un refus de répondre et notez la réponse sur la première page du Carnet de Soins.

VERIFIER avec l'enquêté que les documents sont correctement remplis et que toutes les questions ont été répondues.

REPRENDRE tout particulièrement le "Carnet de Soins" pour s'assurer que pour chaque consommation l'enquêté a bien inscrit :

- * la date des soins, ou d'achat de médicaments ou d'appareil.

- * le prénom, ou éventuellement "pour tous".

- * le lieu des soins : si ce n'est pas au cabinet du médecin ou chez la personne, il faut préciser où.

- * la nature des soins :

■ la spécialité du médecin ==> généraliste, dentiste, pédiatre, gynécologue, cardiologue, O.R.L,

psychiatre, dermatologue, gastro-entérologue, ophtalmologue, homéopathe, acupuncteur, etc...

- les actes qui ont été fait au cours de la visite : électrocardiogramme, frottis, échographie, etc...
- le nom détaillé de l'analyse, ou de la radio : analyse de sang, radio du poignet, etc...
- le service d'hospitalisation.

* pour les médicaments ne pas oublier d'indiquer en se référant éventuellement aux emballages conservés :
 ■ le nom du médicament, le dosage, la forme : comprimés, gélules, sirop, etc... ; le nombre de boites ; la quantité par boite ; si le médicament a été prescrit ou pas.

* le nom de la maladie ou le motif de la séance ou de l'achat de médicament ou d'appareil.

* la somme payée par l'assuré, pour chaque séance, médicament ou appareil. S'il n'a rien payé, il faut

 toujours préciser pourquoi.

REMERCIER de la participation.

ENQUETEUR

Entourez ici le numéro de la personne interviewée : 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

48. HIER, C'EST-A-DIRE (y compris dimanche et jour férié) DES PERSONNES DU MENAGE ONT-ELLES DU ?

oui non

Rester au lit pour raison de santé 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 Ne pas travailler pour raison de santé..... 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 Diminuer leur activité professionnelle 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 pour raison de santé
 Ne pas accomplir leur travail domestique 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 pour raison de santé
 Diminuer leur activité domestique 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 pour raison de santé
 Voir un médecin..... 1 2 ... si oui, qui ? |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Enquêteur
 Numéros des
 personnes
 (voir page 4).

49. AVEZ-VOUS VECU DEPUIS ENVIRON 1 AN, UN OU DES EVENEMENTS HEUREUX OU MALHEUREUX QUI VOUS ONT BEAUCOUP MARQUES COMME, UN MARIAGE, UNE NAISSANCE, UNE GUERISSON, LE DECES D'UN PROCHE, UNE SEPARATION, LE CHOMAGE, UNE MALADIE OU UN ACCIDENT ?

oui, heureux ... 1] Si oui, lesquels :
 oui, malheureux . 2] =>

non 3
 ne veut pas 4 [] [] [] []
 [] [] [] []

50. VOS PARENTS SONT-ILS ENCORE VIVANTS ?

1. oui, tous les deux

2. oui, mon père ==> [Précisez la cause du décès de la mère :
 Année du décès : [] [] [] [] [] []

3. oui, ma mère ==> [Précisez la cause du décès du père :
 Année du décès : [] [] [] [] [] []

4. non =====> [■ Précisez la cause du décès du père :
 Année du décès : [] [] [] [] [] []
 [■ Précisez la cause du décès de la mère :
 Année du décès : [] [] [] [] [] []

51. AVANT D'AVOIR ATTEINT VOS 18 ANS, AVEZ-VOUS CONNU DES EVENEMENTS FAMILIAUX GRAVES OU DES DIFFICULTES IMPORTANTES, TELLES QUE :

	oui	non
GRAVES PROBLEMES DE SANTE	1	2
Si oui, lesquels :		
MALADIE, HANDICAP OU ACCIDENT GRAVE DU PERE	1	2
Si oui, lesquels :		
MALADIE, HANDICAP OU ACCIDENT GRAVE DE LA MERE	1	2
Si oui, lesquels :		
SEPARATION OU DIVORCE DES PARENTS	1	2
GRAVES DISPUTES OU MESENTENTES ENTRE LES PARENTS	1	2
CONFLITS OU DISPUTES GRAVES AVEC VOS PARENTS	1	2
UN GRAND MANQUE D'AFFECTION	1	2
UNE SITUATION MATERIELLE DIFFICILE	1	2
D'AUTRES EVENEMENTS	1	2
Si oui, lesquels :		[] [] [] []

52. ETES-VOUS DE NATIONALITE FRANCAISE ?

1. oui ==> L'étiez-vous à votre naissance ou l'avez-vous acquise depuis ?

Français de naissance 1

Français par acquisition 2 ==> Quelle est votre nationalité d'origine ? [] [] [] []

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR SUR LA FACILITE DE L'ACCEPTATION, LE CLIMAT DE L'ENTRETIEN, LA QUALITE DES REPONSES, ETC... :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECUPERER A LA DEUXIEME VISITE

ET REMPLIR OBIGATOIREMENT :

- QUESTIONNAIRE "SANTE"
- QUESTIONNAIRE "HOSPITALISATION" (rose)
- QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT SPECIALISE" (vert)
- QUESTIONNAIRE "COUVERTURE COMPLEMENTAIRE"
- CARNET DE SOINS (bleu)

		10.	11.	12.
N°	I	P	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE
	N	E	EN LETTRES	
D	D	R	EN LETTRES	
	'	I	CAPITALES	
O	V	O		
	R	R		
D	I	N		
	D	N		
R	U	E		
	E	E		
E	L	E		
		E		
		en-		
		tou-		
		rer	ASSURE PRINCIPAL sur la lère ligne	⌋
				v

01	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
02	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
03	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
04	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
05	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
06	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
07	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
08	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
09	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐
10	1		┌───┐ ┌───┐ ┌───┐