

NO							

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale

Année	Vague	Société d'enquête

CARNET DE SOINS

**VOS SOINS DE SANTE
PENDANT 30 JOURS**

Du : **Au :**

dates modifiées (à ne remplir qu'à la demande de l'enquêteur)

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 les
Pour chacun des soins reçus ou des produits acquis, précisez la maladie ou le motif qui en est
Inscrivez également le montant des remboursements reçus pendant la période.

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 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*).

- **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 par exemple).

Durant la période de relevé :

si vous n'avez pas eu de soins médicaux, notez en travers de la 1ère page des
si vous n'avez pas acheté ou reçu gratuitement des médicaments, notez en
si vous n'avez pas reçu de remboursements de la sécurité sociale ou de votre
: PAS DE REMBOURSEMENT

SUR CE CARNET ?

SOINS DE SANTÉ REÇUS, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non, à l'origine, indiquez si vous avez payé quelque chose et le montant de votre paiement

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).*

DANS LA PARTIE REMBOURSEMENT :

Inscrivez le montant de chacun des remboursements reçus pendant la période d'enquête, quelle que soit la date des soins ; précisez de quel organisme provient ce remboursement ; précisez également pour quelles personnes ont été effectués les soins remboursés.

soins médicaux : PAS DE CONSOMMATION

travers de la 1ère page des médicaments : PAS DE CONSOMMATION

couverture complémentaire, notez en travers de la 1ère page des remboursements

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.
Exemples			
Exemple de l'enquête			
Commencez à noter ci-dessous vos consultations, visites, examens, soins			

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

Si, au cours de la période d'enquête, vous avez reçu des **remboursements de soins médicaux** de la sécurité sociale, de votre mutuelle ou de votre assurance, veuillez indiquer dans le tableau ci-contre :

- la **date du virement bancaire ou de réception du chèque ou du mandat.**
- le montant en francs du remboursement,
- le nom de l'organisme qui vous a versé ce remboursement,
- le prénom des personnes qui ont bénéficié des soins remboursés par cet organisme.

DATE DE VIREMENT BANCAIRE ou de RECEPTION DU CHEQUE OU DU MANDAT Jour / Mois	MONTANT DU REMBOURSEMENT REÇU <i>(en francs)</i>	PAR QUEL ORGANISME ? A : sécurité sociale B : couverture complémentaire (mutuelle, assurance.....) <i>précisez son nom</i> C : sécurité sociale + couverture complémentaire et on ne peut séparer les deux D : autre : <i>précisez</i>	POUR QUELLE(S) PERSONNE(S) DU MENAGE ONT ETE EFFECTUES LES SOINS ICI REMBOURSES? <i>(indiquez le ou les prénoms)</i>
--	--	--	--

Exemple			

Exemple de l'enquête			

Commencez à noter vos remboursements ci-dessous			

Carnet de soins

**R
E
M
B
O
U
R
S
E
M
E
N
T
S**