

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 :

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 SANTÉ REÇUS, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non, ainsi que les REMBOURSEMENTS REÇUS :

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,
- fibroscopie,
- coloscopie,
- audiogramme,
- bronchoscopie,
- biopsie,
- etc.

- **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 le nom 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).

SUR CE CARNET ?

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*).

**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.**

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.

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

Commencez à noter vos consommations ci-dessous

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 pourquoi</i> C : non, <i>précisez pourquoi</i>	SI OUI, COMBIEN AVEZ- VOUS PAYE ?

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

Commencez à noter vos consommations ci-dessous

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 de réception** du bordereau ou du formulaire que vous envoie la Sécurité sociale ou votre mutuelle ou votre assurance et qui vous précise le montant du remboursement. Il ne s'agit ni de la date des soins, ni de la date de virement sur votre compte bancaire ou postal, mais de la date de réception du bordereau.
- 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.

<p>DATE DE RECEPTION DU BORDEREAU DE REMBOURSEMENT</p> <p>Jour / Mois</p>	<p>MONTANT DU REMBOURSEMENT REÇU</p> <p>(en francs)</p>	<p>PAR QUEL ORGANISME ?</p> <p>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></p>	<p>POUR QUELLE(S) PERSONNE(S) DU MENAGE ONT ETE EFFECTUES LES SOINS ICI REMBOURSES?</p> <p>(indiquez le ou les prénoms)</p>
--	--	---	--

Exemple

--	--	--	--

Commencez à noter vos remboursements ci-dessous

Carnet de soins

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