

Comment remplir ce questionnaire ?

En cochant pour chaque question la case correspondant à votre réponse, comme par exemple :

2. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- ₁ oui
₂ non
₃ ne sais pas

Attention, **vous n'êtes pas concerné par toutes les questions**. En suivant les **instructions** qui vous guideront tout au long du questionnaire, vous gagnerez du temps car elles vous permettront de « **passer** » **les questions** qui ne vous concernent pas.

Voici un exemple :

16. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- ₁ jamais ⇒ Allez à la question **19**.
₂ 1 fois par mois ou moins
₃ 2 à 4 fois par mois
₄ 2 à 3 fois par semaine
₅ 4 fois par semaine ou plus

Que contient ce questionnaire ?

Ce questionnaire concerne votre état de santé, votre traitement médical éventuel, vos dernières expériences de consultation « en ville » auprès de professionnels de santé (au cours des 12 derniers mois).

Il comprend 3 parties :

- I. État de santé** onglet 1
II. Médecin généraliste..... onglet 2
III. et IV. Médecin spécialiste et autres professionnels..... onglet 3

Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme. Votre participation n'est pas obligatoire mais elle contribuera à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de son expérience du système de soins.

1. État de santé

1. Comment est votre état de santé général ?

- ₁ très bon
₂ bon
₃ moyen
₄ mauvais
₅ très mauvais

2. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- ₁ oui
₂ non
₃ ne sais pas

3. Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- ₁ oui, fortement limité
₂ oui, limité
₃ non

4. Indiquez votre poids : |_|_|_| kg votre taille : |_| m |_|_| cm

5. Avez-vous déjà été opéré(e) : ₁ oui ₂ non

↳ Si oui, précisez la nature des interventions :
(réservé
chiff.)

- 1/ |_|_|
2/ |_|_|
3/ |_|_|
4/ |_|_|
5/ |_|_|

6. Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer ?

- ₁ oui
₂ non

↳ Si oui, précisez :

- ₁ je ne me lève pas de mon lit
₂ je peux me lever un peu
₃ je peux me déplacer avec l'aide d'une autre personne
₄ je peux me déplacer avec un appareil ou une canne
₅ je n'ai besoin d'aucune aide, mais je ressens certaines limitations

7. Portez-vous ? (réservé chiff.)

- ₁ des lunettes ou des lentilles |_|
₂ une prothèse auditive |_|
₃ une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...) |_|
₄ une prothèse dentaire amovible (dentier) |_|
₅ un appareil de redressement dentaire |_|
₆ une autre prothèse (hanche, pile pour le cœur) |_|

↳ Si oui, laquelle ou lesquelles :

- 1/ |_|_|
2/ |_|_|

8. Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ?

(0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé) |_|_|

9. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?

Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

- ₁ oui ⇒ Questions 9.1 à 9.6
₂ non ⇒ Allez à la question 10. page suivante.

9.1 Combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours des 3 derniers mois ? |_|_|

9.2 Le dernier accident a eu lieu ?

- ₁ au domicile
₂ à l'école
₃ au cours d'une activité sportive
₄ sur un lieu de loisirs
₅ autre, précisez :

9.3 Décrivez la blessure due au dernier accident :

- ₁ plaie, coupure
₂ brûlure
₃ fracture
₄ entorse, luxation
₅ autre, précisez :

9.4 Où était située cette blessure ?

- ₁ tête
₂ cou
₃ épaule, bras, main
₄ genou, jambe, pied
₅ tronc
₆ autre, précisez :

9.5 A quels soins avez-vous eu recours pour ce dernier accident :

- ₁ soins de médecin
₂ soins infirmiers
₃ kinésithérapie
₄ achats en pharmacie
₅ passage aux urgences d'un hôpital
₆ hospitalisation
₇ autre, précisez :

9.6 Au cours des 48 heures qui ont suivi ce dernier accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?

- ₁ oui, sévèrement limité
₂ oui, limité
₃ non, pas du tout

10 Quelles maladies, troubles de la santé ou infirmités avez-vous actuellement ?

		Si oui, cochez cette case ↓	Est-ce un médecin qui vous l'a dit ?	Depuis combien d'années en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?
Voici une liste pour vous aider à répondre :					
10.1 Maladies ou problèmes cardio-vasculaires :					
Hypertension artérielle		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Angine de poitrine		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde		<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme, palpitations, impression que le cœur s'emballé ou a des ratés		<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque		<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (attaque)	avec séquelles	<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sans séquelles	<input type="checkbox"/> ₀₇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs		<input type="checkbox"/> ₀₈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices, ulcère variqueux		<input type="checkbox"/> ₀₉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes		<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardio-vasculaires		<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
10.2 Cancers : précisez la (les) localisation(s)					
1/		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
2/		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Maladies ou problèmes pulmonaires :					
Bronchite chronique		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Asthme		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes pulmonaires		<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
10.4 Maladies ou problèmes ORL (nez, gorge, oreilles) :					
Sinusite aiguë		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Rhinopharyngite, rhinite (non allergique), rhume		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinite allergique, rhume des foins		<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine		<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite aiguë		<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'audition (surdité, totale ou partielle, unie ou bilatérale)		<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
Autres problèmes ORL		<input type="checkbox"/> ₀₇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
10.5 Maladies ou problèmes digestifs :					
Ulcère de l'estomac, du duodénum		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Crampes, brûlures, douleurs d'estomac		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie hiatale		<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble chronique du transit intestinal (diarrhée, constipation, alternance diarrhée/constipation)		<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie (hépatite, stéatose, kyste, cirrhose...)		<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
Autres problèmes digestifs		<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
10.6 Maladies ou problèmes concernant la bouche et les dents, précisez :					
1/		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
2/		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7 Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations :					
Sciatique, lumbago, douleurs lombaires		<input type="checkbox"/> ₀₁ →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Hernie discale		<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose		<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose, rhumatisme		<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez la (ou les) localisation(s) :					
.....					
Autres problèmes concernant les os et articulations		<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					

	Si oui, cochez cette case ↓	Est-ce un médecin qui vous l'a dit ?	Depuis combien d'années en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?
10.8 Maladies ou problèmes urinaires ou génitaux :				
Infection urinaire, cystite	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Perte involontaire d'urines	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la prostate (adénome ou hypertrophie)	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des règles	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles liés à la ménopause	<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes urinaires ou génitaux Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9 Maladies endocriniennes ou métaboliques :				
Hyperthyroïdie, goitre, hypothyroïdie ou autres affections de la thyroïde	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop de lipides dans le sang : cholestérol, triglycérides...	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes endocriniens ou métaboliques Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10 Maladies ou problèmes oculaires :				
Glaucome, hypertension oculaire	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Cataracte	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabisme	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue comme myopie, presbytie... Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes oculaires Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.11 Maladies ou problèmes nerveux ou psychiques :				
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Dépression nerveuse	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes psychiques Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.12 Maladies ou problèmes neurologiques :				
Migraines, maux de tête	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Autres problèmes neurologiques Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.13 Maladies ou problèmes de peau :				
Eczéma	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acné	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycoses cutanées (mains, pieds, ongles, cuir chevelu...)	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes de peau Précisez :	<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.14 Autres maladies ou problèmes de santé y compris malformations, handicaps, infirmités) précisez :				
1/	<input type="checkbox"/> ₀₁	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
2/	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Vous n'avez rien coché dans le tableau ci-dessus, pour quelle raison ?

- ₁ Je n'ai aucune maladie ou problème de santé
₂ Je refuse de répondre à cette question

33. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous vu le médecin ? (attention plusieurs réponses possibles)

- ₁ Parce que vous étiez malade, vous aviez des douleurs, ou un autre **problème de santé physique**.

Précisez le nom de la maladie :

.....

- ₂ Parce que vous étiez **fatigué, anxieux, démoralisé, stressé**, pour un problème de **sommeil**, etc.

Précisez le nom de la maladie :

.....

- ₃ Pour le **renouvellement d'une ordonnance**, la **surveillance** d'une maladie déjà connue.

Précisez le nom de la maladie :

.....

- ₄ A la suite d'un **accident** ou d'une **blessure**

↳ S'agissait-il d'un accident du travail (ou scolaire) ?

- ₁ oui
 ₂ non

- ₅ Pour une **raison administrative** (pour obtenir un certificat médical...).

Précisez :

.....

- ₆ Pour un **bilan de prévention** (sans rapport avec une maladie déjà connue) ou des **conseils**, par exemple d'alimentation, de contraception, pour arrêter de fumer...

- ₇ Pour une **vaccination**

- ₈ Pour une autre raison

Précisez :

.....

Il s'agit toujours de votre **DERNIÈRE** consultation ou visite avec un médecin généraliste

34. Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ?

|_|_| minutes

35. Avez-vous eu le temps de discuter de votre problème de santé avec ce médecin ?

- ₁ oui, tout à fait
 ₂ oui, mais j'aurais souhaité avoir plus de temps
 ₃ non
 ₄ je n'avais pas besoin de discuter

36. Le médecin vous a-t-il prescrit :

	OUI	NON
des médicaments.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
des examens biologiques du sang ou des urines.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d'autres examens (radio, échographie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
des séances de kinésithérapie, des soins infirmiers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un régime alimentaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un arrêt de travail (y compris « d'école » ou de « crèche » pour les enfants)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
autres prescriptions.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
↳ Précisez :		

37. Avez-vous compris les explications de votre médecin concernant ces prescriptions ?

- ₁ oui, tout à fait
 ₂ oui, en partie
 ₃ non, je n'ai pas compris
 ₄ je n'avais pas besoin d'explications
 ₅ il ne m'a pas expliqué

38. Le médecin vous a-t-il :

	OUI	NON
envoyé aux urgences	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
demandé de revenir le voir ou donné un autre rendez-vous.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
demandé d'aller voir un médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

39. Combien avez-vous payé pour cette consultation (ou visite) ?

|_|_|_| euros

(0 si vous n'avez rien déboursé ; barrez, si vous ne vous rappelez pas)

Si vous ne vous rappelez pas le montant exact, merci d'essayer de préciser :

- ₁ rien, 0 €
 ₂ moins de 20 €
 ₃ 20 €
 ₄ plus de 20 €
 ₅ ne sais pas

40. Vous attendiez-vous à payer cette somme ?

- ₁ oui
 ₂ non, je pensais payer plus
 ₃ non, je pensais payer moins
 ₄ non, je n'avais rien prévu

41. Savez-vous si ce médecin pratique des dépassements d'honoraires ?

- ₁ oui, il pratique des dépassements
 ₂ non, il ne pratique pas de dépassement
 ₃ je ne sais pas

III. Médecin spécialiste

Concerne : les médecins spécialistes consultés à leur cabinet, dans un centre de santé, en consultation externe à l'hôpital ou en clinique.

Ne concerne pas : les médecins spécialistes vus au cours d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.

42. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté au moins une fois un médecin spécialiste pour vous-même ?

- ₁ oui
₂ non ⇒ Allez à la partie « Autres professionnels de santé » page 11.

Si oui, Combien de fois de quel(s) spécialiste(s) s'agissait-il ? **au cours des 12 derniers mois**
(plusieurs réponses possibles) ↓

Radiologue	<input type="checkbox"/> ₀₁	
Gynécologue	<input type="checkbox"/> ₀₂	
Ophthalmologue	<input type="checkbox"/> ₀₃	
Pédiatre	<input type="checkbox"/> ₀₄	
Dermatologue	<input type="checkbox"/> ₀₅	
Cardiologue	<input type="checkbox"/> ₀₆	
Rhumatologue	<input type="checkbox"/> ₀₇	
Psychiatre	<input type="checkbox"/> ₀₈	
ORL	<input type="checkbox"/> ₀₉	
Chirurgien	<input type="checkbox"/> ₁₀	
Anesthésiste	<input type="checkbox"/> ₁₁	
Phlébologue	<input type="checkbox"/> ₁₂	
Pneumologue	<input type="checkbox"/> ₁₃	
Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/> ₁₄	
Autre, précisez	<input type="checkbox"/> ₁₅	
.....		

Les questions qui suivent concernent **LE DERNIER** médecin spécialiste que vous avez vu au cours des 12 derniers mois.

43. La dernière fois que vous avez consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, c'était un :

Précisez la spécialité de ce médecin : (réservé chiffré)
 |||

44. Quand avez-vous vu ce spécialiste ?

Précisez le mois et l'année : | | | | | | | | | | | |
 mois année

45. Où l'avez-vous vu ?

- ₁ dans son cabinet
₂ dans un dispensaire ou un centre de santé
₃ en consultation à l'hôpital ou en clinique
₄ autre, précisez :

46. Qui vous a conseillé cette consultation ?

- ₁ personne, j'ai consulté de moi-même
₂ un médecin généraliste
₃ le même spécialiste qui m'a dit de revenir
₄ un autre médecin spécialiste
₅ un proche (famille, ami)
₆ autre précisez :

47. Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris le rendez-vous et cette consultation ?

- ₁ 2 jours ou moins
₂ 3 à 6 jours
₃ 1 à 2 semaines
₄ 3 à 4 semaines
₅ plus d'1 mois à 3 mois
₆ plus de 3 mois à 6 mois
₇ plus de 6 mois

48. Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?

- ₁ oui
₂ non
₃ sans opinion

49. Quelle a été la durée du trajet pour vous rendre chez ce spécialiste ? | | | | mn

50. Une fois sur place, avez-vous attendu avant d'être reçu par le médecin ? (à partir de l'heure du RDV)

- ₁ moins de 5 minutes
₂ entre 5 et 15 minutes
₃ entre 16 et 30 minutes
₄ entre 31 minutes et 1 heure
₅ entre plus d'1 heure et 2 heures
₆ plus de 2 heures

51. Quel était le motif de cette consultation ?

.....

52. Aviez vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- ₁ oui
₂ non
 ↗ **Si oui,** était-ce pour le même motif ? ₁ oui ₂ non

53. Cette consultation était-elle prévue d'avance dans le cadre d'un suivi régulier ?

- ₁ oui
- ₂ non

54. Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ? |__|__| minutes

55. Le médecin vous a-t-il demandé si vous aviez un traitement en cours ou si vous aviez changé de traitement ?

- ₁ oui
- ₂ non
- ₃ non, car il connaît mon traitement
- ₄ ne sait pas

56. Est-ce que vous avez compris les explications de ce médecin pendant la consultation ?

- ₁ tout à fait
- ₂ en partie seulement
- ₃ je n'ai pas compris
- ₄ je n'avais pas besoin d'explication
- ₅ il ne m'a pas expliqué

57. Après cette consultation, le médecin vous a-t-il :

	OUI	NON
envoyé aux urgences	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
demandé de le revoir ou donné un autre rendez-vous.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
conseillé de vous faire suivre par un médecin généraliste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
demandé d'aller voir un autre spécialiste ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

58. Savez-vous si ce médecin pratique des dépassements d'honoraires :

- ₁ oui, il pratique des dépassements
- ₂ non, il ne pratique pas de dépassements
- ₃ je ne sais pas

IV. Autres professionnels de santé

Ne concerne pas : les professionnels vus au cours d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.

59. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours au moins une fois à l'une des personnes suivantes au sujet de votre santé ?

	OUI	NON	Combien de fois au cours des 12 derniers mois
Médecin du travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Dentiste ou orthodontiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Psychologue ou psychothérapeute (non médecin)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Travailleur social (assistant social, conseiller conjugal...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Infirmier(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Sage-femme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Diététicien(ne)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Ostéopathe ou chiroprateur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Audioprothésiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Podologue ou pédicure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Naturopathe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Rebouteux, magnétiseur, guérisseur, radiesthésiste, marabout	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ _

Si vous avez plus de 64 ans, merci de répondre au questionnaire saumon.