Evaluation de l'accès aux soins primaires

A. Quelle commune habitez-vous :

Rayer les mentions inutiles

B. Ce questionnaire a été mis à votre disposition par :

Un professionnel de santé

Votre mairie

Le site internet CDCHS

Le magasine 129

Autre : .....

C. Vous êtes :

Un homme / une femme

D. Vous avez un médecin traitant (référent) déclaré :

Oui / non

E. Comment allez-vous jusque chez votre médecin :

À pieds / à velo / en voiture seul / en covoiturage / avec l'aide d'un bon transport CPAM

F. Votre dernier médecin traitant est-il parti à la retraite ?

Oui

Non, mais je m'inquiète car cela devrait arriver dans les 5 années à venir.

Non et ce n'est pas une source d'inquiétude

G. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez vous pour des soins urgents ?

Oui

Non

A. Etes-vous suivi par un dentiste ?

Oui

Non

B. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez vous pour vos soins dentaires urgents ?

Oui

Non

C. Bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique ?
   Oui, par un gynécologue
   Oui, par une sage femme
   Oui, par mon médecin traitant
   Non
   Je ne suis pas concerné par cette question

D. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez vous pour ce suivi gynécologique ?
   Oui
   Non
   Pas concerné

E. Bénéficiez-vous d'un suivi ophtalmologique ?
   Oui
   Non

F. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez vous ?
   Oui
   Non

G. Bénéficiez-vous d'un suivi de kinésithérapie ?
   Oui
   Non

H. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez vous ?
   Oui
   Non

H. Pour les professionnels de santé ci-après, merci de nous indiquer quelle distance parcourue (aller) pour vous rendre à vos rendez-vous.

Professionnel de santé	Distance	observation
Médecin généraliste		
Dentiste		
Sage-femme		
Dermatologue		
Kinésithérapeute		
Ophtalmologiste		
Orthophoniste		
Autre		

I. Avez-vous déjà renoncé à des soins :

Oui, en raison de difficulté pour obtenir un rendez-vous

Oui, en raison de la distance à parcourir pour être soigné

Oui, pour des raisons budgétaires

Oui pour d'autres raisons

Non

Merci pour votre contribution !

Questionnaire à retourner à l'adresse suivante :

Communauté de communes de Haute-Saintonge
CL-Santé
7 rue Taillefer
17500 JONZAC

Ou à remplir en ligne sur le site :

www.haute-saintonge.org