



La CGT en Saône et Loire vous sollicite, actifs et retraités, pour faire un état de l'offre de soin dans votre département.

Une analyse des questionnaires sera faite et nous permettra d'ajuster les propositions et revendications pour améliorer le service public de la Santé.

Homme - Femme      Nom\* : .....      Prénom : .....

\*Facultatif      Email\* : .....@.....

Ville : .....      Age : .....

Possédez-vous une mutuelle : Oui    Non      Si oui laquelle.....

### Avez-vous à proximité de votre domicile :

- Médecin traitant ou Cabinet Médical
- Dentiste
- Ophtalmologue
- Kinésithérapeute
- Pharmacie
- Cabinet Radiologie
- Infirmières ou cabinet d'infirmières
- Hôpital public
- Ehpad
- Psychiatrie / Psychologie
- Autres

### Avez-vous besoin de ces services, pour vous ou vos proches :

- Médecin traitant ou Cabinet Médical
- Dentiste
- Ophtalmologue
- Kinésithérapeute
- Pharmacie
- Cabinet Radiologie
- Infirmières ou cabinet d'infirmières
- Hôpital public
- Ehpad
- Psychiatrie / Psychologie
- Autres

### Médecine Généraliste

En moyenne le délai de prise de rendez-vous  
Comment prenez-vous votre RDV  
Distance de votre domicile au cabinet médical  
Comment y allez-vous :  
Combien payez-vous votre consultation  
Avez-vous eu recours à SOS médecins / médecins d'urgence

en nombre de jours : .....  
Téléphone      Doctolib ( internet)      Déplacement  
en nombre de KM : .....  
À pied - Voiture - Transport en commun- Par un tiers  
.....euros  
oui                                  non  
si oui pour quelle raison : .....

### Hôpital Public

Distance de l'hôpital à votre domicile      en nombre de KM : .....  
Délai d'attente pour un rendez-vous spécialiste      en nombre de jours : .....  
Êtes vous redirigé vers le privé ?      oui                                  non  
Seriez vous en capacité de payer un dépassement honoraire ?      oui                                  non  
Suite a toutes ces contraintes avez vous déjà renoncé aux soins dont vous auriez besoin      oui                                  non

**Exprimez – vous :** Faites nous part de votre témoignage positif comme négatif sur votre parcours santé.

**Vous ne voulez pas en rester-là ! Ensemble, nous serons plus forts.**

**Questionnaire à retourner par :**

**Courrier 5 rue Guynemer 71200 Le CREUSOT , par mail : [ud71@cgt.fr](mailto:ud71@cgt.fr)**