****

**ENQUETE DESERTS MEDICAUX SUR LE DEPARTEMENT DE LA VENDEE**

**MENTIONS OBLIGATOIRES :**

**Votre ville de résidence. :**

**Votre âge :**

**AVEZ-VOUS UN MEDECIN TRAITANT**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un médecin traitant | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du médecin | Age approximatif du médecin | Médecin seul ou cabinet à plusieurs | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans médecin traitant | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN DENTISTE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un dentiste | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du dentiste | Age approximatif du dentiste | Dentiste seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans dentiste | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN OPHTALMOLOGUE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un ophtalmo | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville de l’ophtalmo | Age approximatif de l’ophtalmo | Ophtalmo seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans ophtalmo | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN CARDIOLOGUE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un cardiologue | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du cardiologue | Age approximatif du cardiologue | Cardiologue seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans cardiologue | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN GYNECOLOGUE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un gynécologue | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du gynécologue | Age approximatif du gynécologue | Gynécologue seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans gynécologue | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN DERMATOLOGUE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un dermatologue | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du dermatologue | Age approximatif du dermatologue | Dermato seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans dermatologue | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**AVEZ-VOUS UN RHUMATOLOGUE**

**SI OUI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps avez vous un rhumatologue | Nombre de cabinets contactés avant acceptation | Distance domicile/cabinet | Ville du rhumatologue | Age approximatif du rhumatologue | Rhumato seul ou cabinet à plusieurs médecins | Mode de prise de RV(Tél/doctolib….) | Temps d’attente pour RV pour consultation normale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**SI NON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans rhumatologue | Quelle en est la cause | **Comment faites vous en cas de besoin ?** | **En cherchez vous un actuellement ?** |
|  |  |  |  |

**UFC QUE CHOISIR VENDEE VOUS REMERCIE**

 **D’AVOIR ACCEPTE DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE**