

## QUESTIONNAIRE CONSULTATION

Ce questionnaire est strictement anonyme : aucune analyse individuelle ne pourra être effectuée. Nous vous demandons de répondre de manière aussi complète que possible.

**ATTENTION :**

- ✓ Les questions suivies d'un astérisque (en rouge) font l'objet de précisions dans le guide de remplissage.
- ✓ Le questionnaire consultation est à remplir de préférence à la fin de la consultation, une fois le patient sorti de votre cabinet.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre les opérateurs de l'ifop au numéro vert suivant : **0 800 348 360** (appel gratuit depuis un numéro fixe) ou par email à l'adresse suivante : [etudeconsultation@ifop.com](mailto:etudeconsultation@ifop.com)

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

### CARACTERISTIQUES DU PATIENT

**Q1. Année de naissance :** (Notez en clair l'année de naissance du patient, par exemple 1950)

--	--	--	--

**Q2. Sexe :**

- Masculin  Féminin

**Q3. Activité :** (Une seule réponse possible)

- Actif  Retraité  
 Chômeur  Autre inactif (enfant ; étudiant ; au foyer...)

**Q4. Catégorie socio- professionnelle : \*** (Une seule réponse possible)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exploitants agricoles   | <input type="checkbox"/> Employés                                |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise   | <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris ouvriers agricoles) |
| <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures   | <input type="checkbox"/> Autres (chômeur, étudiant, etc.)        |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires<br>(Exemples : professeur des écoles, éducateur, clergé, technicien, contremaître, agent de maîtrise, infirmier, etc.) | <input type="checkbox"/> Ne sait pas                             |

**Q5. Le patient bénéficie- t-il :** (Une seule réponse possible)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De l'Aide Médicale d'Etat (AME)                       | <input type="checkbox"/> D'une mutuelle ou assurance complémentaire hors CMU complémentaire |
| <input type="checkbox"/> De la CMU complémentaire                              | <input type="checkbox"/> Aucun de ces dispositifs   |
| <input type="checkbox"/> D'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé | <input type="checkbox"/> Ne sait pas  |

+

+

Q6. Si le patient a plus de 16 ans, êtes-vous son médecin traitant (au sens des dispositions conventionnelles) ?

- Oui  Non

Q7. Le patient a-t-il des difficultés à communiquer ? \*

- Oui  Non

Q8. Le patient est-il atteint d'une (ou plusieurs) affection(s) de longue durée exonérante ?

(Une seule réponse possible)

- Aucune *Allez directement en Q10.*  
 Une ou plusieurs *Allez directement en Q9.*  
 Ne sait pas *Allez directement en Q10.*

Q9. Si oui, laquelle ou lesquelles ? \*

(Choisir les codes correspondants dans la grille des A.L.D. présentée dans le guide de remplissage)

--	--	--

Q10. Suivez-vous ce patient ? (Une seule réponse possible)

- Non, c'est la première consultation *Allez directement en Q12.*  
 Oui, depuis moins d'un an  
 Oui, depuis 1 à 5 ans  
 Oui, depuis plus de 5 ans
- } *Allez en Q11.*

Q11. Si oui, à quelle fréquence avez-vous suivi ce patient pendant les 12 derniers mois ?

(Une seule réponse possible)

- Plus d'une fois par mois  Une seule fois  
 Une fois par mois  Aucune fois  
 Moins d'une fois par mois

+

### CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION

Q12. Date de la consultation :  jour  mois  Matin  
 Après-midi/soirée

Q13. Le patient vous est-il adressé par un autre médecin ?

- Oui  Non

Q14. Le patient vient-il dans le cadre d'une consultation obligatoire ? \*

- Oui  Non

Q15. Le patient est-il accompagné pendant la consultation ?

- Oui  Non

Q16. La consultation intervient- elle : (Une seule réponse possible)

- Sur une plage de rendez-vous  
 Sur une plage de consultation libre  
 Intercalée entre deux patients ou rajoutée aux rendez-vous

Q17. La consultation a-t-elle été demandée en urgence par le patient ?

- Oui  Non

+

+

La mise en œuvre de cette enquête par la CNAMTS implique la collecte de données vous concernant. Le refus de participer à l'enquête n'a aucune conséquence sur vos relations avec l'Assurance Maladie. Vous êtes informés que ce traitement a fait l'objet d'une inscription au registre du Correspondant Informatique et libertés de la CNAMTS et que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse de rattachement.



**Q18. Selon vous, la consultation avait-elle un caractère urgent ?**

- Oui  Non

**Q19. Si le patient est atteint d'une A.L.D, la consultation est elle en rapport avec celle-ci ?**

- Oui *Allez en Q20.*  
 Non *Allez directement en Q21.*  
 Non, n'a pas d'A.L.D *Allez directement en Q21.*

**Q20. Si oui, laquelle ou lesquelles ? \***

*(Choisir les codes correspondants dans la grille des A.L.D. présentée dans le guide de remplissage)*

--	--	--

**Q21. La demande du patient concerne-t-elle : (Plusieurs réponses possibles)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une affection aiguë  | <input type="checkbox"/> Un geste de prévention                                 |
| <input type="checkbox"/> Le suivi (contrôle) d'une affection chronique stable       | <input type="checkbox"/> Une consultation de suivi du développement de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> La déstabilisation d'une affection chronique               | <input type="checkbox"/> Une demande d'aide psychologique                       |
| <input type="checkbox"/> Une affection récente à explorer ou en cours d'exploration | <input type="checkbox"/> Une demande à caractère social                         |
| <input type="checkbox"/> Une consultation de suivi régulier                         | <input type="checkbox"/> Une demande d'information ou de conseil                |
|   | <input type="checkbox"/> Un autre motif de recours                              |

+

**Q22. Les affections, symptômes ou plaintes pris en charge au cours de la consultation sont : \***

*(Choisir dans la grille ICPC2 jointe en annexe les codes correspondants)*


**Q23. Une affection (ou symptôme ou plainte) prépondérante peut-elle être retenue ?**

- Oui  
 Non



**Q24. Si oui, laquelle : \***

--	--	--

**Q25. La consultation s'inscrit-elle dans un programme d'éducation thérapeutique tel que défini par la Haute Autorité de Santé ? \***

- Oui  
 Non



**Q26. Si non, la consultation a-t-elle comporté une information de prévention ? \***

- Oui  Non

**Q27. Un ou plusieurs gestes techniques ont-ils été effectués ?**

- Oui *Allez en Q28.*  
 Non *Allez directement en Q29.*

**Q28. Si oui, s'agit-il de : \* (Plusieurs réponses possibles)**

- Pansement  
 Vaccin  
 Autre injection  
 Autre

Code(s) CCAM


+

+

La mise en œuvre de cette enquête par la CNAMTS implique la collecte de données vous concernant. Le refus de participer à l'enquête n'a aucune conséquence sur vos relations avec l'Assurance Maladie. Vous êtes informés que ce traitement a fait l'objet d'une inscription au registre du Correspondant Informatique et libertés de la CNAMTS et que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse de rattachement.

**Q29. Une prescription médicale est-elle intervenue à l'issue de la consultation ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- Pharmacie
- Imagerie
- Analyses biologiques
- Soins paramédicaux
- Transports
- Arrêt maladie
- Arrêt Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
- Autre
- Aucune prescription médicale n'est intervenue

**Q30. Si une prescription médicamenteuse a été établie, s'agit-il :** (Plusieurs réponses possibles)

- D'un traitement initial
- D'une modification d'un traitement en cours
- Du renouvellement d'un traitement
- Aucune prescription médicamenteuse n'a été établie

**Q31. A l'issue de la consultation, avez-vous rédigé un(e) :**

- Certificat médical
- Demande d'avis consultant
- Demande d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation à l'intention d'un confrère
- Autre
- Aucun document n'a été rédigé

+

**Q32. Si une hospitalisation a été demandée, est-ce de façon :**

- Immédiate
- Programmée

**Q33. Programmez-vous, pour ce patient :** (Plusieurs réponses possibles)

- Une consultation pluridisciplinaire
- Un entretien avec la famille

**Q34. Au cours de la consultation, avez-vous contacté un autre intervenant pour ce patient ?**

- Oui
  - Non
- Q35. Si oui, le(s)quel(s) :**
- Assistante sociale
  - Autre professionnel de santé
  - Autre médecin
  - Autre

**Q36. Durée (en minutes) de la consultation : \***

--	--

**Q37. Pénibilité de la consultation ressentie par le médecin :**

Donner une note de 0 (pénibilité nulle) à 10 (pénibilité extrême)

--	--

**Q38. Cotations portées sur la feuille de soins : \*** (Plusieurs réponses possibles)

Lettre-clé :

- C
- Cs
- CsC
- CNPsy
- C 2,5
- C2
- K
- KC

--	--	--	--

--	--	--	--

Majoration(s) :

- MCG
- MNP
- MGE
- MCS
- FPE
- MAF
- MCC
- MBB
- MPF
- MPC
- MNO
- MCE
- MPJ
- MAS
- MTA

Code(s) CCAM :

--	--

Acte Gratuit :

**Q39. Cette consultation a-t-elle fait l'objet d'une transmission de feuille de soins électronique ?**

- Oui
- Non

La mise en œuvre de cette enquête par la CNAMTS implique la collecte de données vous concernant. Le refus de participer à l'enquête n'a aucune conséquence sur vos relations avec l'Assurance Maladie. Vous êtes informés que ce traitement a fait l'objet d'une inscription au registre du Correspondant Informatique et libertés de la CNAMTS et que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse de rattachement.