

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Département d'exercice : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

1) Précisez votre secteur d'exercice : 1  1 avec DP  2  2 avec option conventionnelle  3

Nombre de ½ journée d'exercice libéral (par semaine): \_\_\_\_\_

2) Précisez la répartition de votre activité médicale/chirurgicale (d'après RIAP 2009) : Consultations/Nbre total actes \_\_\_\_\_ %  
C2/Nbre total actes : \_\_\_\_\_ % Médico-technique/Nbre total actes : \_\_\_\_\_ % Chirurgie/Nbre total actes : \_\_\_\_\_ %

3) Précisez votre type d'activité :

-Médicale : Pourcentage de CMU pris en charge (d'après RIAP 2009) : \_\_\_\_\_ %

Pratique de l'exploration des vertiges (VNG) : oui  non

Pratique de l'exploration des ronflements (Polygraphie respiratoire) : oui  non

-Chirurgicale : Pratique chirurgie carcinologique (hors chirurgie cutanée) : oui  non

Pratique de la chirurgie plastique (hors otoplastie) : oui  non

4) Précisez votre mode d'activité :

salarié hospitalier : Temps plein  mi-temps :  autre répartition : \_\_\_\_\_ %

salarié non hospitalier : oui  non  si oui, type de structure : \_\_\_\_\_

Pour les hospitaliers temps plein, avez-vous un secteur privé : oui  non

Pour les secteurs 2, pourcentage des actes pratiqués en secteur opposable : \_\_\_\_\_ %

5) Précisez votre mode d'exercice : en groupe : oui  non  Si oui : ORL  Cabinet multidisciplinaire

6) Précisez l'organisation de votre cabinet :

Employez-vous un salarié pour examens médico-techniques (hors secrétaire) ? oui  non

7) Participez-vous à une PDS officielle (établissement service d'accueil des urgences) : oui  non

Si oui : en hôpital  en clinique  (précisez nom et lieu de l'établissement) : \_\_\_\_\_

Participez-vous à une astreinte de suite de soins dans l'établissement où vous opérez ? oui  non

Accepteriez-vous une mutualisation de l'astreinte sur un bassin de population entre ORL hospitaliers et privés ?

oui  non  NSP

8) Questions diverses : Age envisagé de la retraite : \_\_\_\_\_ ans

Pensez-vous que la pérennité de votre cabinet soit assurée après votre retraite ? oui  non  NSP

Niveau de chiffre d'affaire libéral 2009 : <150000€  entre 150000 et 250000€  >250000 €

Part du revenu médical estimé : \_\_\_\_\_ % Part du revenu chirurgical estimé : \_\_\_\_\_ %

Quel secteur de votre activité souhaiteriez-vous développer dans les années à venir ? \_\_\_\_\_

Etes-vous adhérent au SNORL? oui  non  à un syndicat horizontal? oui  non

Votre adresse e-mail : \_\_\_\_\_

*Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce document très important pour défendre notre spécialité. MERCI DE DEPOSER CETTE ENQUETE SUR LE STAND DU SNORL. Vous pouvez également l'adresser par fax au : 02 48 50 60 36 ou par courrier au SNORL-ORL PRO.*