**Crise sanitaire covid-19**

**Déprogrammation et renoncement aux soins**

**Retour d’expérience**

Nom, prénom(facultatif) :

Age :

Je suis atteint d’une maladie chronique : oui ⎕ non ⎕

*Merci de rapporter votre expérience dans les cases ci-dessous avec le maximum de précisions : faits, dysfonctionnements, craintes, …*

|  |
| --- |
| Déprogrammation (venant du système de soins) : |
| Renoncement aux soins (venant du patient) : |
| Le sujet a-t-il été évoqué avec le médecin traitant 🞏 oui 🞏 non  Si oui de quelle manière ?  Si non, pourquoi ? |

Merci de retourner ce document à [bourgogne-franche-comte@france-assos-sante.org](mailto:bourgogne-franche-comte@france-assos-sante.org)