

### **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 ?