

Observatoire sur le New Fill

Ce questionnaire s'adresse aux personnes ayant bénéficié du New Fill depuis mars 2005 (date de mise en place des mesures de remboursement par la Sécurité sociale). Les informations recueillies aideront à argumenter d'éventuelles nécessités d'amélioration du dispositif auprès des autorités.

Merci de renvoyer ce questionnaire rempli au TRT-5 :

Mail : coordination@trt-5.org

Fax : 01 41 83 46 19

Adresse : TRT-5, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93 508 Pantin cedex

1) Quelle est la date de votre dernière cure ?

- ☐ Avant mars 2005
- ☐ Entre mars et juin 2005
- ☐ Entre juillet et décembre 2005
- ☐ Entre janvier et juin 2006

2) Comment avez-vous été orienté(e) vers la technique du New Fill ?

- ☐ Par votre médecin
- ☐ Par une association
- ☐ Par la presse
- ☐ Autre, précisez :

3) Combien de temps avez-vous attendu pour avoir votre premier rendez-vous avec le médecin injectant le New Fill ?

- ☐ Moins de 3 mois
- ☐ Entre 3 et 6 mois
- ☐ Plus de 6 mois

4) Vous a-t-il proposé d'autres techniques que le New Fill pour le comblement des joues creuses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu NON à la question 4, passez directement à la question 6.

5) Si vous avez répondu OUI à la question précédente, précisez la technique qui vous a été proposée :

- ☐ Coleman
- ☐ Bioalcamid
- ☐ Restylane SubQ
- ☐ Autre, précisez :

TRT-5 [GROUPE INTERASSOCIATIF TRAITEMENT & RECHERCHE THERAPEUTIQUE]
TOUR ESSOR, 14, RUE SCANDICCI, 93508 PANTIN CEDEX FRANCE. www.trt-5.org

COORDINATION DU TRT-5 :
ELISE BOURGEOIS-FISSON T. 01 41 83 46 11_ F. 01 41 83 46 19_ E-MAIL : bourgeois-fisson@trt-5.org & CORINNE TAERON T. 01 44 93 29 21_ E-MAIL : taeron@trt-5.org

ACTIONS TRAITEMENTS_ T. 01 43 67 66 00 : MAREK KORZEK, EUGENE RAYESS, FRANK RODENBOURG
ACT UP_ T. 01 49 29 44 75 : NATHALIE DAGRON, HUGUES FISCHER, OLIVIER HEINIS, GUY MOLINIER, FABRICE PILORGE,
AIDES_ T. 01 41 83 46 46 : FRANCK BARBIER, DOMINIQUE BLANC, BRUNO SPIRE, FABRICE METAYER
ARCAT_ T. 01 44 93 29 29 : MICHELE AILLOT, MIGUEL-ANGE GARZO, CORINNE TAERON, MARIANNE L'HENAFF
DESSINE MOI UN MOUTON_ T. 01 40 28 01 01 : GEORGES POINT
NOVA DONA_ T. 01 43 95 81 75 : CHRISTIAN HUCHET
SIDA INFO SERVICE_ T. 01 44 93 16 44 : MAXIME JOURNIAC
SOL EN SI_ T. 01 48 31 13 50 : FRANCOISE THURET

6) Combien avez-vous payé la séance d'injection au total (part remboursée + part non remboursée) ? €

7) Combien avez-vous été remboursé au total pour une séance ? (par la Sécurité sociale + par votre mutuelle si vous en avez une) €

8) Le médecin qui vous a fait les injections est :

- ☐ Généraliste
- ☐ Infectiologue
- ☐ Dermatologue
- ☐ Chirurgien plasticien
- ☐ Autre, précisez :

9) Votre médecin exerce :

- ☐ En ville
- ☐ A l'hôpital

10) Quel est le code postal de votre médecin ?

11) Avez-vous acheté le New Fill en pharmacie de ville ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu NON à la question 11, passez directement à la question 12.

12) Si vous avez répondu OUI à la question 10, avez-vous dû payer le kit de New Fill (2 flacons) en pharmacie ?

- ☐ Oui, précisez le prix payé :.....€
- ☐ Non

13) Quel est le code postal de votre pharmacie ?

14) Vous souhaitez nous faire part de vos commentaires ou informations supplémentaires :