

Séquelles consécutives aux morsures de chien Questionnaire téléphonique Enfant

Numéro de cas : |_|_|||_|_|_|_| (numéro du questionnaire de la première enquête, pré-imprimé)

Ce questionnaire porte sur l'évolution des blessures consécutives à la morsure de chien dont votre enfant a été victime il y a un peu plus d'un an. Vous serez contacté dans quelques jours par une personne qui remplira ce questionnaire avec vous par téléphone. Si vous préférez, vous avez la possibilité de remplir vous-même dès maintenant ce questionnaire et de nous le faire parvenir grâce à l'enveloppe T mise à votre disposition.

1. les blessures de votre enfant ont-elles nécessité des opérations chirurgicales ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

1-1. Combien |_|_|_|

1-2. Lesquelles :

2. Y a-t'il eu des complications médicales ?

(par exemple : infection, allergie, mauvaise cicatrisation)

oui non je ne sais pas

2-1. Si oui, lesquelles ?

Infection	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>
Mauvaise cicatrisation	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/> précisez.....

3. A-t'il été hospitalisé à cause de la morsure ?

oui non je ne sais pas

3-1. Si oui, combien de temps au total : _ _ _ jours

4. A votre avis, depuis la morsure, son état médical est aujourd'hui ?

Totalement rentré dans l'ordre	<input type="checkbox"/>
Amélioré mais pas rentré dans l'ordre	<input type="checkbox"/>
Stabilisé	<input type="checkbox"/>
Détérioré	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

5. A-t'il encore des douleurs du fait de la morsure ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

5-1. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous le niveau de sa douleur ?

(0 = pas de douleur ; 10 = douleur maximale envisageable)

5-2. S'agit-il de douleurs ?

Permanent	<input type="checkbox"/>
Spontanées mais non permanentes	<input type="checkbox"/>
Seulement créées dans certaines circonstances (par exemple lors de certains mouvements)	<input type="checkbox"/>

5-3. A-t'il besoin de traitement(s) contre la douleur pour se sentir bien ?

oui non je ne sais pas

Si oui, le ou lesquels :

6. Depuis la morsure, craint-il les chiens ?

oui non je ne sais pas

7. Pensez-vous que son moral ait été affecté par la morsure ?

oui non je ne sais pas

7-1. Si oui, pendant combien de temps ?

1 à 6 mois	<input type="checkbox"/>
6 mois à 1 an	<input type="checkbox"/>
Un peu plus d'1 an	<input type="checkbox"/>
Encore affecté	<input type="checkbox"/>

8. Depuis le précédent appel téléphonique, avez-vous eu connaissance de la survenue de nouvelles morsures provoquées par le même chien ?

oui non je ne sais pas

8-1. Si oui, combien de morsures supplémentaires ont eu lieu ? _____

9. Votre enfant a-t'il gardé des séquelles de ses blessures ?

oui non je ne sais pas

Si oui

9-1. lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

Esthétiques	<input type="checkbox"/>
Fonctionnelles	<input type="checkbox"/>
Psychologiques	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/> précisez.....

9-2. Ces séquelles entraînent-elles un ou des handicaps ?

Esthétiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Fonctionnelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Psychologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Autre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas

9-3. Si oui, sur une échelle de 0 à 10,

à combien évaluez-vous votre handicap ?

(0 = pas de handicap, 10 = handicap maximal)

9.4. Une opération chirurgicale a-t'elle été proposée pour réduire ses séquelles ?

oui non je ne sais pas

10. Suite à la morsure, a-t'il eu une gêne dans sa vie quotidienne ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

10-1. laquelle

10-2. Pendant combien de temps a-t'il été gêné ?

Moins de 1 mois	<input type="checkbox"/>
1 à 6 mois	<input type="checkbox"/>
6 mois à 1 an	<input type="checkbox"/>
Un peu plus d'1 an	<input type="checkbox"/>
Encore gêné	<input type="checkbox"/>

11. A-t'il dû interrompre sa scolarité ou rester à la maison suite à cette morsure ?

oui non je ne sais pas

11-1. Si oui, combien de temps a-t'il duré ? _____ jours

12. Quelqu'un de votre foyer a-t'il dû interrompre son travail pour s'occuper de votre enfant suite à cette morsure ?

oui non je ne sais pas

12-1. Si oui, combien de temps cela a-t'il duré ? ____jours

13. Si votre enfant a été suivi par un médecin pour cette morsure, combien de temps cela a duré ? - - mois

13.1 Etes-vous d'accord pour que nous contactions ce médecin afin de compléter les informations médicales concernant ses blessures ? Oui Non

13.2 Si oui, pouvez-vous nous communiquer les coordonnées du médecin qui s'est occupé de vous :

Nom.....

Adresse.....

Téléphone

14. Souhaitez-vous faire d'autres remarques sur cette morsure et ses conséquences ?

.....