

## Séquelles consécutives aux morsures de chien Questionnaire téléphonique Médecin

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 patient 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 le remplir vous-même dès maintenant et de nous le faire parvenir grâce à l'enveloppe T mise à votre disposition.

### 1. Pensez-vous que le moral de votre patient ait été affecté par la morsure de chien ?

oui       non       je ne sais pas

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

1 à 6 mois     

6 mois à 1 an     

Un peu plus d'1 an     

Encore affecté     

### 2. Votre patient a-t'il gardé des séquelles de ses blessures ?

oui       non       je ne sais pas

#### Si oui

#### 2-1. lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

Esthétiques     

Fonctionnelles     

Psychologiques     

Autre       précisez.....

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

#### 2-3. Si oui, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous ce handicap ?

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

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	_____

#### 2.4. Une opération chirurgicale a-t'elle été proposée pour réduire ces séquelles ?

oui       non       je ne sais pas

### 3. Avez-vous prescrit un traitement médicamenteux à votre patient dans le cadre de cette morsure de chien ?

oui       non       je ne sais pas

**Si oui**

**3-1. lequel et pendant combien de temps ? (plusieurs réponses possibles)**

Durée du traitement prescrit (en jours)

- |                      |                          |       |
|----------------------|--------------------------|-------|
| Antalgique           | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Anti inflammatoire   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Antibiotique         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Antidépresseur       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hypnotique           | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autre, précisez..... | <input type="checkbox"/> | _____ |

**4. Avez-vous prescrit un arrêt de travail dans le cadre de cette morsure de chien ?**

- oui                       non                       je ne sais pas

**4-1. Si oui, de quelle durée ? (en jours)** \_\_\_\_\_

**5. Une reprise chirurgicale permettant de réduire ses séquelles à-t'elle été proposé ?**

- oui                       non                       je ne sais pas

**6. Souhaitez-vous faire d'autres commentaires sur cette morsure et ses conséquences ?**

.....

.....

.....