

## Description et facteurs de gravité des morsures de chiens

Questionnaire téléphonique : suivi à 1 mois

Adultes ( $\geq 15$  ans)Numéro de cas :      

(reportez le numéro du questionnaire des urgences)

Ce questionnaire porte sur l'évolution des blessures consécutives à la morsure de chien dont vous avez été victime il y a environ 1 mois. Vous avez alors accepté de participer à l'enquête sur les facteurs de gravité des morsures de chien. Merci de bien vouloir prendre un peu de temps pour répondre à quelques questions.

## 1 Vos blessures ont-elles nécessité des opérations chirurgicales ?

 Oui  Non  Je ne sais pas
Si oui, combien :   Lesquelles : .....

## 2 Y a-t-il eu des complications médicales ? (par exemple : infection, allergie, mauvaise cicatrisation)

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquelles : .....

## 3 Avez-vous été hospitalisé suite à la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

## 4 Depuis votre retour à domicile, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires ou sont-elles prévues ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

## 5 A votre avis, depuis la morsure, votre état physique est aujourd'hui :

 Totalement rentré dans l'ordre  Détérioré  
 Amélioré mais pas rentré dans l'ordre  Je ne sais pas  
 Stabilisé

## 6 Avez-vous encore des douleurs du fait de la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de douleur actuelle ? \_\_\_\_\_

(0 = pas de douleur, 10 = douleur maximale)

## S'agit-il de douleurs ?

 Permanentes  
 Spontanées mais non permanentes  
 Seulement créées dans certaines circonstances (par exemple lors de certains mouvements)

## Avez-vous besoin de traitement(s) contre la douleur pour vous sentir bien ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, le ou lesquels : .....

## 7 Depuis la morsure, craignez-vous les chiens ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

## 8 Pensez-vous que votre moral ait été affecté par la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, pendant combien de temps ?

 Moins de 1 semaine  De 2 semaines à 1 mois  
 De 1 à 2 semaines  Encore affecté

## 9 Avez-vous gardé des séquelles de vos blessures ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquelles (motrices, esthétiques, cognitives, etc.) : .....

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

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquels : .....

Dans ce cas, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre handicap ? \_\_\_\_\_

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

## 10 Vous travailliez au moment de l'accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, avez-vous eu un arrêt de travail à la suite de votre accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

Vous n'avez pas encore repris le travail ? 

## L'accident a-t-il perturbé votre activité professionnelle ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Quelle est votre profession actuelle : .....

Si non, vous étiez étudiant(e) au moment de l'accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, avez-vous interrompu vos études en raison de votre accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si vous avez interrompu vos études, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

Vous n'avez pas encore repris vos études ? 11 Si vous étiez dans une autre situation au moment de l'accident, cochez cette case ?

## Description et facteurs de gravité des morsures de chiens

Questionnaire téléphonique : suivi à 1 mois

Adultes ( $\geq 15$  ans)Numéro de cas :      

(reportez le numéro du questionnaire des urgences)

Ce questionnaire porte sur l'évolution des blessures consécutives à la morsure de chien dont vous avez été victime il y a environ 1 mois. Vous avez alors accepté de participer à l'enquête sur les facteurs de gravité des morsures de chien. Merci de bien vouloir prendre un peu de temps pour répondre à quelques questions.

## 1 Vos blessures ont-elles nécessité des opérations chirurgicales ?

 Oui  Non  Je ne sais pas
Si oui, combien :   Lesquelles : .....

## 2 Y a-t-il eu des complications médicales ? (par exemple : infection, allergie, mauvaise cicatrisation)

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquelles : .....

## 3 Avez-vous été hospitalisé suite à la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

## 4 Depuis votre retour à domicile, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires ou sont-elles prévues ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

## 5 A votre avis, depuis la morsure, votre état physique est aujourd'hui :

 Totalement rentré dans l'ordre  Détérioré  
 Amélioré mais pas rentré dans l'ordre  Je ne sais pas  
 Stabilisé

## 6 Avez-vous encore des douleurs du fait de la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de douleur actuelle ? \_\_\_\_\_

(0 = pas de douleur, 10 = douleur maximale)

## S'agit-il de douleurs ?

 Permanentes  
 Spontanées mais non permanentes  
 Seulement créées dans certaines circonstances (par exemple lors de certains mouvements)

## Avez-vous besoin de traitement(s) contre la douleur pour vous sentir bien ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, le ou lesquels : .....

## 7 Depuis la morsure, craignez-vous les chiens ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

## 8 Pensez-vous que votre moral ait été affecté par la morsure ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, pendant combien de temps ?

 Moins de 1 semaine  De 2 semaines à 1 mois  
 De 1 à 2 semaines  Encore affecté

## 9 Avez-vous gardé des séquelles de vos blessures ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquelles (motrices, esthétiques, cognitives, etc.) : .....

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

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquels : .....

Dans ce cas, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre handicap ? \_\_\_\_\_

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

## 10 Vous travailliez au moment de l'accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, avez-vous eu un arrêt de travail à la suite de votre accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

Vous n'avez pas encore repris le travail ? 

## L'accident a-t-il perturbé votre activité professionnelle ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Quelle est votre profession actuelle : .....

Si non, vous étiez étudiant(e) au moment de l'accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, avez-vous interrompu vos études en raison de votre accident ?

 Oui  Non  Je ne sais pas

Si vous avez interrompu vos études, combien de temps ? : \_\_\_\_\_ jours

Vous n'avez pas encore repris vos études ? 11 Si vous étiez dans une autre situation au moment de l'accident, cochez cette case ?