

# Document 9 **swissnoso** SSI-module

## Formulaire pour l'entretien téléphonique à 1 mois/1 an

<b>Au minimum 5 tentatives d'appel</b>		Date de l'interview : ..... / ..... / .....	
Nom, prénom du patient: .....			
Renseignements obtenus par :	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> famille ou soignant	
	<input type="checkbox"/> ne désire ou ne peut pas répondre	<input type="checkbox"/> n'a pas pu être atteint	
<b>1. Votre convalescence après l'opération du ..... à l'hôpital de s'est-elle bien passée?</b>			
<input type="checkbox"/> très bien	<input type="checkbox"/> plutôt bien	<input type="checkbox"/> pas très bien ou mal	
Commentaires : .....			
<b>2. Avez-vous été réhospitalisé entre temps?</b>		<input type="checkbox"/> <b>non</b> (si non passer à question 3)	
<input type="checkbox"/> <b>oui, préciser :</b>			
Où et quand? : .....			
Pour un problème en relation avec votre opération ? .....			
.....			
.....			
<b>3. Avez-vous revu votre médecin de famille ou le chirurgien ou avez-vous consulté un service d'urgence ou une permanence depuis votre sortie de l'hôpital?</b>			
<input type="checkbox"/> <b>oui, préciser :</b>		<input type="checkbox"/> <b>non</b> (si non passer à question 4)	
Qui, où et quand? .....			
Pour quels motifs ?			
<input type="checkbox"/> uniquement pour <b>ôter les points</b> au moment prévu			
<input type="checkbox"/> pour un ou des rendez-vous de <b>contrôle habituels</b>			
<input type="checkbox"/> pour des problèmes en <b>relation avec l'opération ou la cicatrisation</b>			
<input type="checkbox"/> pour des problèmes inhabituels, mais <b>sans relation</b> avec l'opération ou la cicatrisation			
.....			
.....			
.....			

# Document 9 **swissnos+** SSI-module

<b>4.</b>	<b>Avez-vous ressenti ou mesuré de la fièvre après votre sortie de l'hôpital ?</b>		
<input type="checkbox"/> <b>oui, préciser combien :</b> .....°C		<input type="checkbox"/> <b>non</b> (si non passer à question 5)	
<input type="checkbox"/> sans qu'il soit nécessaire de consulter mon médecin et probablement sans relation avec mon opération <input type="checkbox"/> peut-être en relation avec mon opération (douleurs, rougeur, écoulement local), mais je n'ai pas (encore) consulté mon médecin <input type="checkbox"/> sans relation avec mon opération selon mon médecin <input type="checkbox"/> en relation avec mon opération selon mon médecin			
Commentaires : ..... ..... .....			
<b>5.</b>	<b>Avez-vous constaté un écoulement de liquide ou de pus par la cicatrice de votre opération ou avez-vous remarqué une rougeur, une chaleur ou des douleurs à ce niveau qui vous ont semblé anormales ?</b>		
<input type="checkbox"/> <b>oui, préciser :</b>		<input type="checkbox"/> <b>non</b> (si non passer à question 6)	
<input type="checkbox"/> rougeur	<input type="checkbox"/> chaleur		
<input type="checkbox"/> tuméfaction	<input type="checkbox"/> écoulement		
..... ..... .....			
<b>6.</b>	<b>Avez-vous reçu des antibiotiques depuis votre sortie de l'hôpital ?</b>		
<input type="checkbox"/> <b>non, ou ne sait pas</b>			
<input type="checkbox"/> <b>oui</b> , mais pour une maladie sans aucune relation avec mon opération			
<input type="checkbox"/> <b>oui</b> , pour soigner un problème en relation, ou peut-être en relation avec mon opération			
Commentaires : ..... ..... .....			
<b>7.</b>	<b>Etes-vous d'accord que nous contactons votre médecin ?</b>		<input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>