

Année	Vague	Mode d'enquête
-------	-------	-------------------

<b>QUESTIONNAIRE HOSPITALISATION</b>
--

N°	N° Personne
----	-------------

Enquêteur préremplir : ↓

**HOSPITALISATIONS AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS DE** \_\_\_\_\_ **ans**

*(y compris en clinique, maison de santé, maison d'accouchement, hôpital psychiatrique, centre de convalescence, centre de cure thermale, sanatorium ; non compris la fréquentation d'établissements pour handicapés)*

**Veillez remplir cette feuille pour chaque séjour ayant comporté au moins un jour ou une nuit complète entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_**

1. **NOM DE L'ETABLISSEMENT** .....

2. **ADRESSE** .....

**CODE POSTAL** |\_|\_|\_|\_|\_| **VILLE** .....

3. **TYPE D'HOSPITALISATION**

<sub>1</sub> jour et nuit

<sub>2</sub> de jour seulement

<sub>3</sub> de nuit seulement

4. **DATE D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT**

|\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|  
jour mois an

5. **LE SEJOUR EST-IL TERMINE ?**

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

6. **SI OUI, date de sortie de l'établissement**

|\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|  
jour mois an

7. **SERVICE D'ENTREE** (*ex : urgence service d'orthopédie, de réanimation...*) .....

8. **Y-A-T-IL EU CHANGEMENT DE SERVICE PENDANT LE SEJOUR ?** <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

9. **SI OUI, service actuel ou service de sortie** .....

(suite au dos de la page)

**10. MOTIF PRINCIPAL D'HOSPITALISATION**

- <sub>1</sub> grossesse, accouchement
- <sub>2</sub> maladie, *laquelle* .....
- <sub>3</sub> examen ou mise en observation, *préciser* .....
- <sub>4</sub> accident de la circulation privée
- <sub>5</sub> accident domestique
- <sub>6</sub> accident sportif
- <sub>7</sub> accident au cours du travail
- <sub>8</sub> accident de la circulation professionnel
- <sub>9</sub> autre accident, préciser .....
- <sub>10</sub> autres motifs, préciser .....

→Préciser la nature de la blessure ou du traumatisme

**11. Y-A-T-IL EU INTERVENTION (S) CHIRURGICALE(S) ?**      <sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

**12. SI OUI, laquelle ou lesquelles ?** .....

**13. AVEZ-VOUS PAYE QUELQUE CHOSE POUR CETTE HOSPITALISATION**      <sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

**14. SI OUI, quelle somme ?**      |—|—|—|—|—|—|      francs

**15. SI CETTE HOSPITALISATION S'EST REPETEE PLUSIEURS FOIS AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS** (même établissement, même motif, même durée, par exemple pour une dialyse ou pour une chimiothérapie) **INDIQUER LE NOMBRE DE FOIS**      |—|—|

**16. AUTRES REMARQUES SUR CETTE HOSPITALISATION :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

La loi N°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit le droit d'accès et de rectification des informations nominatives ; pour cette enquête facultative, elles seront détruites dès la fin du recueil des données, et les renseignements seront utilisés de manière anonyme à des fins uniquement statistiques.