

8 Année Vague Mode d'enquête

QUESTIONNAIRE HOSPITALISATION

N° adresse	N° individuel
------------	---------------

FINESS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(zone réservée au chiffrement)

Enquêteur, préremplir les parties grisées :

HOSPITALISATION AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS de _____ <i>(prénom)</i> <i>en clinique, hôpital, hôpital psychiatrique, centre de convalescence, centre de réadaptation fonctionnelle...</i> <i>(les établissements pour handicapés font l'objet d'un autre questionnaire).</i> Veillez remplir cette feuille pour chaque séjour ayant comporté au moins un jour ou une nuit complète entre le _____ et le _____
--

Enquêté, veuillez compléter le questionnaire ci-dessous : ↓

1. **Nom de l'établissement**

2. **Adresse**

Code postal |_|_|_|_|_|_| Ville

3. **Avez-vous passé au moins une nuit à l'hôpital ?** ₁ oui ₂ non

Si non, l'hospitalisation de jour était-elle : pour une chimiothérapie ? ₁ oui ₂ non

pour une dialyse ? ₁ oui ₂ non

pour un autre motif ? ₁ oui ₂ non

si oui, lequel ?

4. **Date d'entrée dans l'établissement :** |_|_|_| | |_|_| | |_|_|
jour mois année

5. **Le séjour est-il terminé ?** ₁ oui, date de sortie de l'établissement : |_|_|_| | |_|_| | |_|_|
₂ non jour mois année

6. **Qui a demandé cette hospitalisation ?**

₁ votre médecin généraliste habituel

₂ un autre généraliste


₃ un médecin spécialiste, *précisez sa spécialité*

₄ autre, *précisez*

7. **Service d'entrée** (ex : urgence, service d'orthopédie, de réanimation...)

8. **Y-a-t-il eu changement de service pendant le séjour ?** ₁ oui ₂ non

Si oui, *service actuel ou service de sortie*

Tournez la page 

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.**
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 Septembre 92130 Issy les Moulineaux

9. Motif principal d'hospitalisation :

- 1 grossesse, accouchement
- 2 maladie, *laquelle*
- 3 examen ou mise en observation, *précisez la maladie*

Accident de la circulation

- 4 dans le cadre professionnel
- 5 dans le cadre privé

Accident de la vie courante

- 6 accident domestique
- 7 accident scolaire
- 8 accident sportif
- 9 autre accident de la vie courante

Autre accident

- 10 accident au cours du travail
- 11 autre accident, *précisez*
- 12 autre motif, *précisez*

<p>→ Pour les accidents, précisez la nature de la blessure ou du traumatisme</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

10. Y-a-t-il eu intervention(s) chirurgicale(s) ? 1 oui 2 non

Si oui, *laquelle ou lesquelles* ?

11. Si cette hospitalisation s'est répétée plusieurs fois au cours des trois derniers mois

(même établissement, même motif, même durée, par exemple pour une dialyse ou pour une chimiothérapie),

indiquez le nombre de fois où vous avez été hospitalisé : |__|__|