

0  
Année Vague Mode  
d'enquête

**QUESTIONNAIRE HOSPITALISATION**

N° adresse N° individuel

N° de l'hospitalisation |\_\_|\_\_|  
(zone réservée au chiffrement)

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

**HOSPITALISATION AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS de** (prénom)  
*en clinique, hôpital, hôpital psychiatrique, centre de convalescence, centre de réadaptation fonctionnelle...*  
**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'établissement** .....

2. **Adresse** .....

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville .....

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

**Si non**, l'hospitalisation de jour était-elle : pour une chimiothérapie ? <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non  
pour une dialyse ? <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non  
pour un autre motif ? <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

↳ si oui, lequel ? .....

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

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

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

- <sub>1</sub> votre médecin généraliste habituel
- <sub>2</sub> un autre généraliste
- <sub>3</sub> un médecin spécialiste, précisez sa spécialité .....
- <sub>4</sub> 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 ?** ..... <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> 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 :**

- <sub>1</sub> grossesse, accouchement
- <sub>2</sub> maladie, *laquelle* .....
- <sub>3</sub> examen ou mise en observation, *précisez la maladie* .....

Accident de la circulation

- <sub>4</sub> dans le cadre professionnel
- <sub>5</sub> dans le cadre privé

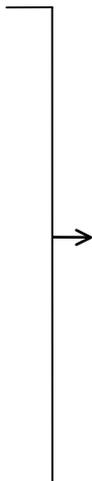
Accident de la vie courante

- <sub>6</sub> accident domestique
- <sub>7</sub> accident scolaire
- <sub>8</sub> accident sportif
- <sub>9</sub> autre accident de la vie courante

Autre accident

- <sub>10</sub> accident au cours du travail
- <sub>11</sub> autre accident

- <sub>12</sub> autre motif, *précisez* .....



→ Pour les accidents, précisez la nature de la blessure ou traumatisme

.....

.....

.....

**10. Y-a-t-il eu intervention(s) chirurgicale(s) ?**..... <sub>1</sub> oui       <sub>2</sub> non

Si oui, *laquelle ou lesquelles* ? .....

**11. Dans l'ensemble, qu'avez-vous pensé de l'accueil que vous ont réservé le personnel administratif, le personnel soignant et les médecins ?**

- <sub>1</sub> très satisfaisant       <sub>2</sub> satisfaisant       <sub>3</sub> peu satisfaisant       <sub>4</sub> médiocre

**12. Si vous deviez à nouveau être hospitalisé, reviendrez-vous dans cet établissement ?**

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

**13. Recommanderiez-vous cet établissement à un ami ?**

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

**14. 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 : |\_\_|\_\_|