

Formulaire pour l'entretien téléphonique standardisé – V 01.01.2026

1 mois 90 jours

Au minimum 5 tentatives d'appel	1 / /	4 / /	7 / /	10 / /	Date de l'interview :/...../.....
	2 / /	5 / /	8 / /	11 / /	
	3 / /	6 / /	9 / /	12 / /	
Nom, prénom du patient:			Date de naissance:/...../.....		
Numéro de CRF :		Code intervention :			
<i>Pour les cas de chirurgie orthopédique (211, 212), seules les questions en bleu (1, 2, 6 et 7) sont à poser. Pour tous les autres types de chirurgies, toutes les questions (1 à 7) doivent être posées.</i>					
Renseignements obtenus par :		<input type="checkbox"/> patient		<input type="checkbox"/> famille ou soignant	
Statut de l'interview		<input type="checkbox"/> interview effectué			
		<input type="checkbox"/> refuse l'interview ou ne peut pas répondre		<input type="checkbox"/> perdu de vue	
		<input type="checkbox"/> patient décédé		<input type="checkbox"/> autre :	
1.	Votre convalescence après l'opération du à l'hôpital/clinique de s'est-elle bien passée?				
	<input type="checkbox"/> très bien	<input type="checkbox"/> plutôt bien	<input type="checkbox"/> pas très bien ou mal		
	Commentaires :				
2.	Avez-vous été réhospitalisé/réopéré entre temps?				
	<input type="checkbox"/> non (passer à la question 3. Si 211 ou 212 : passer à la question 6)				
	<input type="checkbox"/> oui, préciser :				
	Où :				
	Quand? :				
	Pour un problème en relation avec votre opération ?				
				
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?				
	<input type="checkbox"/> oui, préciser :		<input type="checkbox"/> non (passer à la question 4)		
	Qui, où et quand?				
	Pour quels motifs ?				
	<input type="checkbox"/> uniquement pour ôter les points au moment prévu				
	<input type="checkbox"/> pour un ou des rendez-vous de contrôle habituels				
	<input type="checkbox"/> pour des problèmes en relation avec l'opération ou la cicatrisation				
	<input type="checkbox"/> pour des problèmes inhabituels, mais sans relation avec l'opération ou la cicatrisation				
				
				

4.	Avez-vous ressenti ou mesuré de la fièvre après votre sortie de l'hôpital ?		
<input type="checkbox"/> oui, préciser combien :°C		<input type="checkbox"/> non (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 :			
5.	Avez-vous constaté un écoulement de liquide ou de pus par la cicatrice de votre opération ou avez-vous remarqué une rougeur, une chaleur, une tuméfaction ou des douleurs à ce niveau qui vous ont semblé anormales ?		
Rougeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Chaleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Tuméfaction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Douleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Écoulement de liquide ou de pus : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser la nature de l'écoulement :			
Description des signes cliniques :			
6.	Avez-vous reçu des antibiotiques depuis votre sortie de l'hôpital ?		
<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> ne sait pas	
<input type="checkbox"/> oui , mais pour une maladie sans aucune relation avec mon opération			
<input type="checkbox"/> oui , pour soigner un problème en relation, ou peut-être en relation avec mon opération			
Si oui, préciser :			
Commentaires :			
7.	Etes-vous d'accord que nous contactions votre médecin ?		<input type="checkbox"/> oui
			<input type="checkbox"/> non

Conserver le rapport de l'entretien téléphonique pendant au moins 5 ans (version papier ou électronique)