

# Document 9 **swissnosc** SSI-module

Formulaire pour l'entretien téléphonique standardisé Version du 01.10.2021

Suivi à  1 mois  90 jours  1 an

NB : Pour le suivi après une chirurgie orthopédique (211, 212), seules les questions en bleu (1, 2, 6 et 7) sont à poser. Pour les autres types de chirurgies, toutes les questions (1 à 7) sont à poser.

Conserver le rapport de l'entretien téléphonique avec le CRF (version papier ou électronique)

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: .....					
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 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 (si non passer à question 3. Chirurgie orthopédique : passer à la question 6)		
	<input type="checkbox"/> oui, préciser :				
	Où et 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 (si non passer à 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				
	.....				
	.....				

# Document 9 **SWISSnosc** SSI-module

<b>4. 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. 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 ?</b>			
<b>Rougeur</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Chaleur</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Tuméfaction</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Douleur</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Écoulement de liquide ou de pus</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<b>Si oui, préciser la nature de l'écoulement</b> : .....	
		.....	
Description des signes cliniques : .....			
.....			
.....			
.....			
<b>6. Avez-vous reçu des antibiotiques depuis votre sortie de l'hôpital ?</b>			
<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> ne sait pas	
<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			
<b>Si oui, préciser</b> : .....			
Commentaires : .....			
.....			
.....			
<b>7. Etes-vous d'accord que nous contactions votre médecin ?</b>			
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non