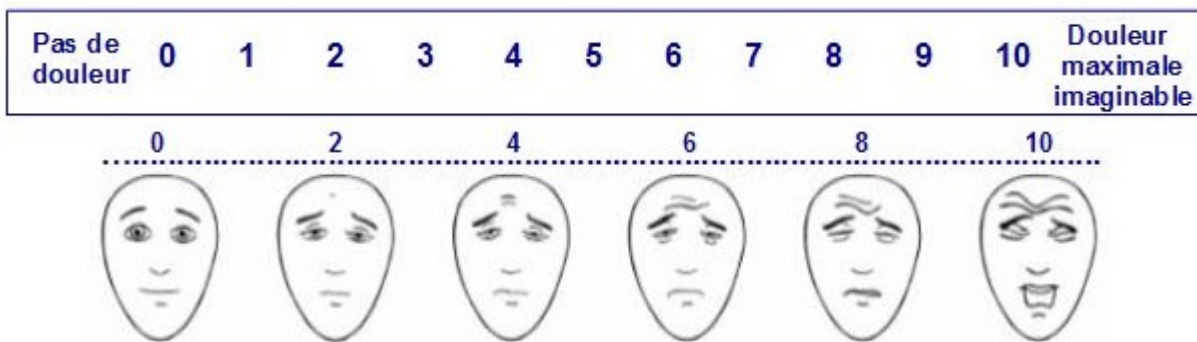


Questionnaire de suivi du patient en RRAC
à remplir par le médecin traitant le lendemain de la sortie

Nom du patient : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Date de la chirurgie : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

1- Douleur ? Oui Non

Si oui, précisez :



2- Troubles de l'alimentation ? Oui Non

Si oui, précisez (nausées, vomissements) :

3- Fièvre \geq à 38°5 ? Oui Non

Si oui, étiologie supposée :

4- Hémorragie active ? Oui Non

Si oui, ces saignements sont-ils gênants (hématome important) ?

5- Troubles du sommeil ? Oui Non

Si oui, précisez :

6- Respect de l'observance du traitement de sortie ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

7- Problèmes liés au traitement ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

8- Plaie chirurgicale « propre » ? Oui Non

Si non, précisez :

