

Questionnaire de suivi du patient en RRAC

à remplir par le patient pour la 1ère consultation post-chirurgie

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la chirurgie :

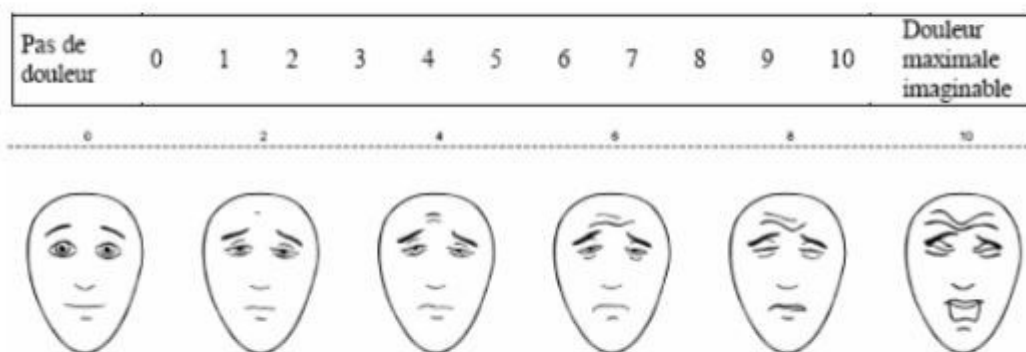
Adresse :

Code postal :

Commune :

1- Votre douleur

Entourez ci-dessous la note qui correspond le mieux à la douleur ressentie à votre domicile.
La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à « douleur maximale imaginable »



À quel moment votre douleur a-t-elle été la plus importante ?

J1 J2 J3 J4 J5

2- Votre sommeil

avez vous eu des problèmes de sommeil (sommolence, insomnie) ?

OUI NON

3- Votre alimentation

avez vous eu des difficultés à vous alimenter ?

OUI NON

avez vous eu des nausées ou des vomissements ?

OUI NON

4- Votre température

avez vous eu une température supérieure ou égale à 38°5 depuis votre retour à domicile ?

OUI NON

5- Autres problèmes

avez vous eu d'autres problèmes lors de votre retour à domicile ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....

Tournez svp →

Questionnaire de suivi du patient en RRAC, suite

6- Votre traitement

. Avez-vous reçu une ordonnance pour votre retour à domicile ? OUI NON

. Avez-vous pris des médicaments pour lutter contre la douleur, selon les indications de votre médecin ? OUI NON

Si NON, pour quelles raisons ?

.....

. Avez-vous rencontré des difficultés pour la prise de votre traitement ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

.....

7- Votre information

. Les explications données tout au long de votre prise en charge en Réhabilitation Rapide Après Chirurgie vous ont-elles parues claires ? OUI NON

. Les explications données vous ont-elles été utiles ? OUI NON

. Avez-vous appelé quelqu'un pour résoudre votre (vos) problème (s) ? OUI NON

Si OUI, était-ce :

votre médecin traitant <input type="checkbox"/>	le médecin de garde de la clinique <input type="checkbox"/>
votre chirurgien <input type="checkbox"/>	le centre 15 <input type="checkbox"/>
SOS médecin <input type="checkbox"/>	les urgences <input type="checkbox"/>
ou la maison médicale de garde <input type="checkbox"/>	

. Avez-vous obtenu une réponse à votre problème ? OUI NON

8- Votre satisfaction :

. Conseilleriez-vous ce type de prise en charge à vos proches ? OUI NON

. Êtes-vous satisfait de votre prise en charge ? (cochez les cases)

RRAC	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait
Avant la chirurgie				
Pendant l'hospitalisation				
A votre retour à domicile				