

Numéro d'identification ESPARR:



Hôpitaux de Lyon



«ESPARR» UMRESTTE INRETS - 25 avenue François Mitterrand - Case 24 - 69675 Bron Cedex – Tél : 04 72 14 25 13  
\*Investigateur Principal : Hôpital Henry Gabrielle, Route de Vourles, 69565 Saint Genis Laval

# ESPARR

## Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône

### *FICHE SIGNALÉTIQUE à 2 ans (15 ans et plus)*

Merci de bien vouloir la remplir et nous la renvoyer à l'aide de  
l'enveloppe déjà affranchie ci-jointe

Si vous préférez répondre par téléphone :

Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case ci-dessous et nous renvoyer le document tel quel dans l'enveloppe jointe (vous n'avez pas besoin de l'affranchir), après avoir VERIFIE et COMPLETE les indications portées sur la page de couleur bleue jointe.

Vous pouvez aussi nous téléphoner directement au 04 72 14 25 30 ou 04 72 14 25 13.

Téléphone

Vous avez eu la gentillesse de participer à ESPARR, de répondre aux différents questionnaires qui nous permettent déjà de mieux comprendre comment se passe « l'après » accident.

Comme nous vous l'avions annoncé, aux périodes intermédiaires nous vous faisons parvenir un questionnaire très simple sur votre état de santé et les changements significatifs dans votre vie.

## Actuellement et depuis le dernier questionnaire

A1. A votre avis, votre état de santé en relation avec l'accident est aujourd'hui

Totalement rentré dans l'ordre .....

Amélioré mais pas rentré dans l'ordre .....

Stabilisé .....

Détérioré .....

Je ne sais pas .....

A2. Pensez vous que votre accident a encore aujourd'hui des répercussions sur :

Votre vie professionnelle ou scolaire ? .....  oui  non  je ne sais pas

Votre vie familiale ? .....  oui  non  je ne sais pas

Votre vie affective ? .....  oui  non  je ne sais pas

Vos activités physiques ou sportives .....  oui  non  je ne sais pas

Votre vie sexuelle ? .....  oui  non  je ne sais pas

Vos loisirs ? .....  oui  non  je ne sais pas

Vos ressources financières ? .....  oui  non  je ne sais pas

*Vous pouvez ajouter des commentaires :* .....

.....

.....

.....

A3. Depuis le questionnaire envoyé il y a 1 an, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires ?

oui  non  je ne sais pas

A4. D'autres interventions (hospitalisations, chirurgie) sont elles à prévoir ?

oui  non  je ne sais pas

*Si oui, lesquelles :* .....

A5. Avez-vous encore un traitement médicamenteux en relation avec l'accident ?

oui       non       je ne sais pas

*Si oui précisez : .....*

A6. Avez vous encore des douleurs du fait de l'accident ? ...

non     je ne sais pas  
 oui

**Questionnaire rempli par :**

Auto questionnaire     Entretien dans un centre médical

Téléphone     Autre

**Personne qui a répondu :**

La personne concernée elle-même

Une autre personne : Proche     Soignant

⇒ pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Si le questionnaire a été rempli par un enquêteur : Nom de l'enquêteur \_\_\_\_\_

Date de remplissage du questionnaire

|    |    |    |  
JJ    MM    AAAA

**Nous vous remercions très chaleureusement de votre  
collaboration.**