

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***

***(0 à 14 ans compris)***

Ce questionnaire concerne votre enfant qui a eu un accident il y a 2 ans.  
Vous avez alors accepté qu'il participe à l'étude ESPARR.

Merci de bien vouloir le remplir et nous le 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 verte 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 d'accepter que votre enfant participe 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 l'état de santé et les changements significatifs de la vie de votre enfant.

## Actuellement et depuis le dernier questionnaire

A1. A votre avis, l'état de santé de votre enfant, 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 l' accident a encore aujourd'hui des répercussions sur :

- Ses résultats scolaires ? .....  oui  non  je ne sais pas
- Sa vie affective ? .....  oui  non  je ne sais pas
- Ses activités physiques ou sportives ?.....  oui  non  je ne sais pas
- Ses loisirs ? .....  oui  non  je ne sais pas
- Ses relations avec ses copains ? .....  oui  non  je ne sais pas
- Vos relations avec vous ? .....  oui  non  je ne sais pas
- La vie quotidienne de la famille ? .....  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. Votre enfant a-t-il encore un traitement médicamenteux en relation avec l'accident ?

oui                       non                       je ne sais pas

*Si oui précisez : .....*

A6. A-t-il encore des douleurs du fait de l'accident ?

oui                       non                       je ne sais pas

**Questionnaire rempli par :**

Auto questionnaire                                            Entretien dans un centre médical                     

Téléphone                                            Autre                     

**Personne qui a répondu :**

Le père                                            La mère                     

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.**