

Numéro d'identification ESPARR: |_|_|||_|_|_|_|_|



«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

Cahier d'identification initial

CONSIGNES ENQUETEUR

Qui peut être inclus dans l'enquête : tous les accidentés de la circulation routière susceptibles d'appartenir au Registre des victimes d'accidents du département, c'est-à-dire si :

- ◆ L'accident a eu lieu dans le département du Rhône
- ◆ Le blessé habite le département du Rhône
- ◆ L'accident impliquait un moyen mécanique de locomotion (avec roues) de type VL, 2 roues, planche, patins, bus, camion.....)

Critères d'exclusion : le blessé n'habite pas dans le Rhône : il s'agit d'une des premières questions à poser.

Livret d'explication : remettre le livret d'information, qui contient le formulaire de consentement, au blessé après qu'il ait vu un médecin, en prenant soin de lui expliquer oralement l'enquête et le suivi qui va être mis en place. Obtenir ensuite son consentement.

Le consentement doit être signé par l'accidenté ou par sa famille (en cas de troubles cognitifs importants). S'il s'agit d'un enfant, la proposition de participer à l'étude ESPARR est faite au parent présent (ou au responsable légal). Pour les enfants de plus de 11 ans, l'accord de celui-ci est également requis. Le deuxième parent s'il n'est pas d'accord, pourra toujours suivre la procédure indiquée dans le livret pour demander la non participation de l'enfant à la cohorte.

Récupérer dans le livret l'original signé du consentement, de façon à en laisser le double dans le livret remis au sujet.

Qui répond aux questions ? De préférence l'accidenté. Dans certains cas (incapacité liée à l'état de santé), les questions pourront être posées à la famille. Ne pas oublier de le mentionner.

Dans la mesure du possible, il faut recueillir le **numéro d'identification INSEE** du sujet ou du responsable légal de l'enfant qui l'assure ; Cependant, **si le sujet accepte de participer, mais refuse de donner ce numéro, ne pas insister** car il vaut mieux ne pas risquer de le voir revenir sur sa décision.

En cas de refus de participer, l'enquêteur doit compléter obligatoirement les raisons du refus dans le questionnaire d'identification.

Numéro d'inclusion :

Dans chaque service, tous les patients susceptibles de rentrer dans l'étude seront numérotés (numéro d'identification), qu'ils participent ou non.

Le numéro d'inclusion est le numéro du service dans lequel est le patient suivi de son numéro d'identification.

Ex : SMA service 01

Le premier patient que l'enquêteur contactera dans ce service sera le patient 0001

Son numéro d'inclusion sera donc le 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Cahier d'enquête : l'enquêteur devra tenir à jour un cahier par service afin d'attribuer ses numéros d'identification, noter les acceptations ou refus, effectuer le suivi.

Consignes enquêteur : notées en bleu, elle s'adresse à l'enquêteur seul et ne font pas partie de l'entretien.

Composition de la famille du sujet (demander les renseignements appropriés suivant l'âge du sujet)

Père (nom et prénom) **Mère (nom et prénom)**
.....
Adresse (si différente)..... **Adresse (si différente)**.....
.....

ou

Conjoint ou concubin (nom)
Adresse (si différente).....

Quel est son médecin traitant habituel :

Nom
Adresse.....

Renseignements nécessaires au suivi

Si vous risquez de changer d'adresse, pouvez vous nous indiquer une adresse et/ou un numéro de téléphone où nous serons sûrs de pouvoir vous joindre (vous, votre enfant ou votre conjoint), dans un an :

.....
.....

Tel :
.....

Adresse e-mail :

Par téléphone, quels sont les jours et heures où vous êtes joignable ?

Jour : heures
Jour : heures
.....

Consignes enquêteur : Les renseignements demandés ci-dessous s'adressent aux **blessés « graves » uniquement et aux traumatisés crâniens.**

Acceptez vous dans un, deux et cinq ans, parallèlement aux questionnaires que nous vous enverrons, de passer une visite dans un centre médical situé à la Faculté de Médecine Rockefeller à Lyon ou à l'hôpital Henry Gabrielle (ou que votre enfant ou votre conjoint passe cette visite)?

oui

non

NB : cette visite ne pourra en aucun cas remplacer d'éventuels soins en cours.

Quel lieu de préférence ? Rockefeller Henry Gabrielle Indifférent

En cas de refus d'une visite dans un de ces centres, est-ce que vous (votre enfant ou votre conjoint) accepteriez une visite médicale à domicile ? oui non

Enfants

Prénom, Nom (si différent), Age.....

Prénom, Nom (si différent), Age.....

Prénom, Nom (si différent), Age.....

Prénom, Nom (si différent), Age.....

(Rajouter des lignes si nécessaire)

