

# ESPARR

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

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

## **ESPARR**

### **Cahier d'entretien à 5 ans**

**(Enfants 15 ans et moins)**

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

*Si vous souhaitez réaliser ce questionnaire par téléphone avec un de nos collaborateurs, merci de compléter les informations ci-dessous et de nous renvoyer le questionnaire total dans l'enveloppe que vous n'affranchissez pas.*

Téléphone

Mon numéro est le : | | | | | | | | | | | |

Vous pouvez me joindre le (précisez les jours et heures) :

.....  
.....  
.....

# Comment remplir ce questionnaire

- ✓ Il faut lire attentivement la totalité de la question avant de répondre
- ✓ Pour beaucoup de questions, vous trouverez des petites cases  ; Répondez en mettant une croix à l'intérieur. Pour chaque question, il est indispensable que vous cochiez l'une des cases proposées.

Exemple :  oui  non  je ne sais pas  non concerné(e)

- ✓ Si vous ne savez pas répondre, cochez la case « ne sais pas ».
- ✓ Lorsqu'une question ne vous concerne pas, cochez la case « non concerné », et passez à la question suivante ou à celle qui vous est signalée.
- ✓ Sauf indication contraire, cochez une seule case, celle qui vous semble correspondre le mieux à la réponse que vous auriez donnée oralement.

Exemple :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)

- ✓ Dans certains cas la réponse est une date à indiquer dans les cases

Exemple : pour écrire le 24 novembre 1998

| 2 | 4 | | 1 | 1 | | 1 | 9 | 9 | 8 |

JJ= JOUR MM= MOIS AAAA= ANNEE

Si vous ne connaissez pas le jour, sautez les cases JJ et écrivez le mois dans les cases MM et l'année dans les cases AAAA

- ✓ Quand une question comporte plusieurs cases pour mettre un nombre, mettre le chiffre des unités le plus à droite possible même quand il n'y a pas de chiffre de dizaine et de chiffre de centaine

Par exemple : 5 jours d'hospitalisations seront écrits | | | | 5 | jours ou | 0 | 0 | 5 |

- ✓ Dans certains cas il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix entre deux extrêmes

Exemple : Indiquez par une croix sur la ligne le niveau d'intensité de la douleur actuelle que vous ressentez

Pas de douleur | | | | | X | | | | douleur maximale imaginable  
A B C D E F G H

la case cochée en E signifie que vous avez plutôt mal

- ✓ Certaines questions peuvent vous paraître redondantes, déjà posées. En fait, elles sont toutes différentes.

Si vous ne comprenez pas une question, merci de l'indiquer dans la marge.



**SA3. Aujourd'hui, dans toutes les tâches de la vie quotidienne, pouvez-vous nous préciser si votre enfant a besoin d'une tierce personne, ou s'il est totalement indépendant.**

EX : pour s'alimenter, il a besoin d'une simple présence à ses côtés, cochez la case « aide partielle »

<b>EXEMPLE</b>	Il est totalement indépendant	Il a besoin d'une aide partielle	Il a besoin d'une aide importante ou totale
Pour s'alimenter		X	

Merci de répondre à chaque proposition ci-dessous en cochant la case qui correspond à sa situation aujourd'hui :

	<i>Dans la vie de tous les jours :</i>		
	Il est totalement indépendant	Il a besoin d'une aide partielle	Il a besoin d'une aide importante ou totale

**En ce qui concerne les soins personnels**

Pour s'alimenter			
Pour soigner son apparence			
Pour faire sa toilette			
Pour s'habiller le haut du corps			
Pour s'habiller le bas du corps			
Pour utiliser les toilettes			

**Est-il capable**

De contrôler sa vessie			
De contrôler ses intestins			

**En ce qui concerne sa mobilité**

Pour effectuer les transferts lit, chaise, fauteuil ...			
Pour ALLER aux toilettes			
Pour ALLER dans la douche ou baignoire			
Pour monter les escaliers			
Pour déambuler			

**SA4. Votre enfant a-t-il besoin de « matériel » dans sa vie de tous les jours**

- |                              |                          |     |                          |     |                          |                |
|------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------------|
| Béquilles                    | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |
| Fauteuil roulant             | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |
| Lève-malade                  | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |
| Déambulateur                 | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |
| Pince pour saisir les objets | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |
| Autres                       | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | je ne sais pas |

précisez : .....

**SA5. Pendant ces deux ans, que lui est-il arrivé de particulier que vous souhaitez nous signaler ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**- 1.2 Quelle est la situation scolaire de votre enfant  
AUJOURD'HUI -**

**SC1. Dans quel type d'établissement est-il aujourd'hui ?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Non scolarisé  | <input type="checkbox"/> |
| Ecole maternelle   | <input type="checkbox"/> |
| Ecole primaire   | <input type="checkbox"/> |
| Collège général  | <input type="checkbox"/> |
| Lycée général  | <input type="checkbox"/> |
| Lycée professionnel  | <input type="checkbox"/> |
| Autre (par exemple : enseignement à domicile, institution spécialisée) | <input type="checkbox"/> |
| précisez : .....   |                          |
| Je ne sais pas   | <input type="checkbox"/> |

**SC2. Dans quelle classe est-il ?**

.....

**NB : si le questionnaire est fait pendant les vacances d'été, mettre le dernier niveau fréquenté**

**SC3. Pouvez-vous nous dire si vous avez l'impression que votre enfant a actuellement des difficultés dans ses études ?**

*(Mettre une croix à l'endroit qui correspond le mieux à votre impression concernant votre plus ou moins grande facilité pour suivre)*

Beaucoup de difficultés |  |  |  |  |  |  |  |  | Pas du tout de difficultés  
A B C D E F G H

**SC4. S'il a des difficultés, est-ce que vous pensez que c'est à cause ?**

De difficultés à parler, s'exprimer

De difficultés de mémorisation

De difficulté à rester attentif

De difficultés à être avec les autres

De difficultés dans les activités physiques ou sportives

Quelque soit la réponse, précisez : .....

**SC5. A-t-il redoublé ?**

oui  non  je ne sais pas

Si oui, précisez la ou les classes : .....

## - 1.3 La qualité de vie et le bien-être de votre enfant

### ATTENTION : au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES -

Dans les pages qui suivent nous vous posons des questions sur la SANTE ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT.  
Pour répondre à une question, mettez une croix dans la case de votre choix.

Certaines questions peuvent se ressembler ou ressembler à celles que nous vous avons déjà posées, mais en fait, elles sont toutes différentes. Certaines questions parlent de problèmes que votre enfant n'a peut-être pas.

Tant mieux, mais comme il est important pour nous de le savoir, nous vous demandons de répondre à toutes les questions.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous hésitez entre plusieurs réponses, donnez la réponse la plus proche du cas de votre enfant et mettez une explication dans la marge. Vous pouvez en mettre autant que vous le désirez.

Pour chaque section, lisez l'ensemble des questions avant de répondre à chacune d'elle.

**Q1 - Dans l'ensemble, vous diriez qu'en ce moment la santé de votre enfant est :**

<i>Excellente</i>	<i>Très bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Pas très bonne</i>	<i>Mauvaise</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur les activités physiques que votre enfant peut avoir à faire au cours d'une journée.

**Q2- Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés pour faire les choses suivantes, à cause de sa santé.**

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un peu</i>	<i>Pas du tout</i>
a) Faire des choses qui demandent beaucoup d'énergie, comme par exemple jouer au football, au basket, au tennis ou courir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faire des choses qui demandent un peu d'énergie, comme par exemple faire de la danse ou du patin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se déplacer dans le quartier, près de chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Marcher un peu ou monter un étage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Se baisser, se relever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Manger ou s'habiller, se laver ou aller aux toilettes tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q3. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés, à cause de son comportement, pour :**

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un peu</i>	<i>Pas du tout</i>
a) Participer à certaines activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer autant de temps que d'habitude à ses activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tout simplement faire ses activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q4. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés, à cause de problèmes de santé physique, pour :**

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un peu</i>	<i>Pas du tout</i>
a) Faire certaines activités scolaires ou extra-scolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer autant de temps que d'habitude à ses activités scolaires ou extra-scolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q5. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il eu mal quelque part ?**

<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Très mal</i>	<i>Enormément</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q6. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il souvent eu mal quelque part ?**

<i>Jamais</i>	<i>Une ou deux fois</i>	<i>Quelquefois</i>	<i>Assez souvent</i>	<i>Très souvent</i>	<i>Tous les jours ou presque</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voici une liste de façons de se comporter, d'attitudes ou de problèmes que des enfants ou des jeunes peuvent avoir.

**Q7. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant :**

	<i>Très souvent</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
a) S'est-il opposé aux autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A-t-il eu du mal à se concentrer, à être attentif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A-t-il menti ou triché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A-t-il volé quelque chose à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A-t-il fait des colères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q8. Comparé à d'autres enfants du même âge, diriez-vous que, d'une manière générale, la façon de se comporter de votre enfant est :**

<i>Excellente</i>	<i>Très bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Pas très bonne</i>	<i>Pas bonne du tout</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions qui suivent portent sur des choses que des jeunes peuvent ressentir.

**Q9. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant :**

	<i>Très souvent</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
a) A-t-il eu envie de pleurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) S'est-il senti seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A-t-il été nerveux, agité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A-t-il été inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A-t-il eu du plaisir à faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les enfants ont une plus ou moins bonne opinion d'eux-mêmes, de l'école et des autres. Donnez votre avis sur ce que ressent votre enfant.

**Q10. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il été content :**

	<i>Très content</i>	<i>Assez content</i>	<i>Ni content, ni mécontent</i>	<i>Pas très content</i>	<i>Pas du tout content</i>
a) De son travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De ce qu'il est capable de faire en sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De la façon dont il s'entend avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) De son physique, de son allure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) De ses relations avec sa famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) De sa vie en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les phrases suivantes portent sur la santé de votre enfant en général.

**Q11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses**

	<i>Tout à fait vrai</i>	<i>Assez vrai</i>	<i>Ni vrai, ni faux</i>	<i>Plutôt faux</i>	<i>Complètement faux</i>
a) Mon enfant semble être en moins bonne santé que les enfants de son âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mon enfant a toujours été en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mon enfant attrape toutes les maladies qui passent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Je pense que, plus tard, mon enfant vivra en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Je me fais plus de soucis pour la santé de mon enfant que les autres parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q12. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous l'état de santé de votre enfant en ce moment ?**

<i>Bien meilleur</i>	<i>Plutôt meilleur</i>	<i>A peu près pareil</i>	<i>Plutôt moins bon</i>	<i>Beaucoup moins bon</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q13. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure les choses suivantes vous ont-elles inquiété(e) ou soucie(e) ?**

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Enormément</i>
a) La santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q14. Au cours des 4 dernières semaines, les choses suivantes ont-elles réduit le temps que vous consacrez habituellement à vos activités personnelles ?**

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Enormément</i>
a) La santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q15. Au cours des 4 dernières semaines, la santé ou le comportement de votre enfant :**

	<i>Très souvent</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
a) Vous ont-ils empêché de faire certaines choses en famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ont-ils interrompu des choses que vous faites en famille (repas, regarder la télé, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vous ont-ils empêché de faire en famille des choses décidées au dernier moment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ont-ils provoqué des tensions ou des disputes à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ont-ils été une cause de désaccord profond au sein de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vous ont-ils obligé à changer ou annuler à la dernière minute des projets personnels ou professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q16. Il arrive qu'en famille on ait du mal à s'entendre. On n'est pas d'accord et on se met quelquefois en colère.**

Dans votre famille, de quelle façon vous entendez-vous ?

<i>Excellente</i>	<i>Très bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Pas très bonne</i>	<i>Pas bonne du tout</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1.4 Quel est AUJOURD'HUI son environnement familial, affectif, et social -

E1. Actuellement, la situation familiale de l'enfant est :

- Parents mariés ou vivant maritalement
- Parents divorcés ou séparés
- Parent célibataire
- Parent veuf
- Autre situation
- Précisez .....
- Je ne sais pas

E2. Quel est le lieu de résidence actuel de votre enfant ?

- Dans le même logement qu'il y a deux ans
- Dans un logement autre que celui occupé il y a deux ans
- Chez des personnes de la famille
- Chez des amis
- En institution spécialisée
- En centre de rééducation
- Autre mode de vie
- Précisez .....

E3. Des modifications au logement où vous vivez actuellement ont-elles dû être apportées en raison de l'état de santé de votre enfant ?

- oui  non  je ne sais pas

Si oui, lesquelles : .....

E4. Pensez-vous aujourd'hui que son entourage ressent encore des conséquences de l'accident ?

- oui  non  je ne sais pas.

Vous pouvez ajouter un commentaire : .....

.....

**E5. Concernant vous-même, pouvez-vous dire si l'accident de votre enfant a :**

	<b>Nettement amélioré(e)</b>	<b>Plutôt amélioré(e)</b>	<b>Pas modifié(e)</b>	<b>Plutôt détérioré(e)</b>	<b>Nettement détérioré(e)</b>
1) Votre vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Vos relations avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Vos relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Vos relations avec vos autres enfants non malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vos relations avec vos amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre situation financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Vos loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) La vie quotidienne de vos autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez ajouter un commentaire : .....

.....

.....

**E6. Quels seraient SES souhaits, SES besoins ?**

.....

.....

.....

**E7. Quels seraient VOS souhaits, VOS besoins ?**

.....

.....

.....

## 2. Répercussions financières/assurances

Fi.1. Son dossier d'indemnisation est-il définitivement réglé ?

oui  non  je ne sais pas

Fi.2. Si oui, à quelle date?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
J J M M A A A A

Fi.3. Avez-vous aujourd'hui des difficultés financières en relation avec l'accident ?

oui  non  je ne sais pas

Si oui, lesquelles : .....

Fi.4. Pouvez-vous exprimer votre satisfaction ou insatisfaction par rapport aux problèmes d'indemnisation

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Pathologies et consommations médicamenteuses

M1. Aujourd'hui, votre enfant a-t-il les problèmes de santé suivants

- Asthme**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas
- Autres troubles respiratoires**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui, précisez lesquels : .....
- Migraine**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas
- Diabète**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas
- Epilepsie**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas
- Troubles ostéo articulaires**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui, précisez lesquels : .....  
 Si oui traitement en cours  oui  non  je ne sais pas
- A-t-il une ou des autres maladies**  oui  non  je ne sais pas  
 Si oui, précisez lesquels : .....  
 .....

M2. Actuellement prend-il :

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	
Des médicaments contre l'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....
Des médicaments psychostimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....
Des antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....
Des antalgiques (médicaments contre la douleur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....

M3. Si vous ne savez pas quel est le type de médicament, écrivez le(s) nom(s) du(des) médicament(s) qu'il prend régulièrement

.....  
 .....

**Questionnaire rempli par :**

- |                    |                          |                                  |                          |
|--------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Auto questionnaire | <input type="checkbox"/> | Entretien dans un centre médical | <input type="checkbox"/> |
| Téléphone          | <input type="checkbox"/> | Entretien à domicile             | <input type="checkbox"/> |
| Autre              | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |

**Personne qui a répondu au questionnaire**

- |                      |                          |          |                          |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| L'enfant lui-même    | <input type="checkbox"/> |          |                          |
| Les parents          | <input type="checkbox"/> |          |                          |
| Une autre personne : |                          |          |                          |
| Proche               | <input type="checkbox"/> | Soignant | <input type="checkbox"/> |

Si le questionnaire a été rempli par un enquêteur ou médecin :

**Nom de l'enquêteur** .....

**Date de remplissage du questionnaire**

J	J	M	M	A	A	A	A