

Questionnaire étude covid 19

Date : ____ / ____ / ____.

Age de l'enfant :

Questionnaire complété par :

- Père Mère Frère/Sœur
 Grands-parents Oncle/Tante
 Autre :

Vignette patient

Information

Enquête portant sur l'impact de la pandémie à SARS-CoV-2 sur le délai de présentation aux urgences pédiatriques ainsi que l'évaluation du stress parental et les répercussions sur l'enfant.

D'avance merci pour votre aide.

1. Date du début des symptômes : ____ / ____ / ____.

2. Symptômes

<input type="checkbox"/> Fièvre (> 38°C)	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée
<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Plaie		
<input type="checkbox"/> Autre :			

3. Avez-vous hésité à venir aujourd'hui à cause du covid 19 ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

4. Avez-vous téléphoné pour avoir un avis médical avant de venir ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (Si non, passez à la question 5)
------------------------------	---

4.1. A qui avez-vous téléphoné ?

<input type="checkbox"/> Urgences pédiatriques	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Pédiatre traitant
<input type="checkbox"/> Autre :		

4.2. Avez-vous suivi la recommandation ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

5. Seriez-vous venu pour la même raison en période de confinement ?

<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non Si non, pourquoi ?

6. Seriez-vous venu plus tôt avant la période d'épidémie de covid ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

7. Estimez-vous que venir à l'hôpital représente plus de risque que de faire les courses ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

8. A quel point avez-vous peur que votre enfant attrape le covid 19 ? (1 = pas peur ; 10 = très peur ; mettre une barre)

1 10

9. A quel point avez-vous peur d'attraper vous-même le covid 19 ?

1 10

10. Votre enfant a-t-il eu l'occasion de sortir (hors de la maison ou du jardin) pendant la période de confinement (promenade, etc) ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (Si non, passez à la question 11)
-------------------------------------	---

10.1. A quelle fréquence ?

<input type="checkbox"/> 1x/jour	<input type="checkbox"/> 3x/semaine	<input type="checkbox"/> 1x/semaine
<input type="checkbox"/> Autre :		

10.2. Durée de la sortie ?

<input type="checkbox"/> < 30 minutes	<input type="checkbox"/> 1h	<input type="checkbox"/> 2h	<input type="checkbox"/> >2h
---	------------------------------------	------------------------------------	--

11. Quel était votre niveau de stress sur une échelle de 1 à 10 au quotidien durant le confinement ?

1 10

12. Avez-vous remarqué que le confinement avait eu des répercussions sur le comportement de votre enfant ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (Si non, passez à la question 13)
-------------------------------------	---

12.1. Si oui, quels ont été ces répercussions ?

13. Avez-vous été (ou vos proches) personnellement touché par la pandémie ?

<input type="checkbox"/> oui Si oui, comment ?
<input type="checkbox"/> non

Une aide psychologique est disponible si vous en ressentez le besoin.