

# Questionnaire Satisfaction (à 1 mois) étude ALSB

## 1) Qualité de la prise en charge

Très Satisfait / Moyen satisfait / Satisfait / Pas satisfait

## 2) Douleur moyenne en postopératoire dans le mois

EVA : 0.....10

## 4) Cette prise en charge de l'anesthésie et de la douleur vous a satisfait ?

Très Satisfait / Moyen satisfait / Satisfait / Pas satisfait

## 5) Satisfaction global de la prise en charge :

Très Satisfait / Moyen satisfait / Satisfait / Pas satisfait

## 6) Si à refaire ?

Oui / non

## 7) Complications

OUI : .....

NON

**Protocole étude ALSB: « Anesthésie locale spécialisée sans brassard » JULES VERNE**

Patient :

Date :   |   |

**VERIFICATION DES CRITERES** **OUI** **NON**

**CRITERES D'INCLUSION :**

- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Pathologie du membre supérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Bon niveau de communication    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Bon niveau de compréhension    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CRITERES DE NON-INCLUSION :**

- |                                  |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) < 18 ans                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Refus                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Troubles de l'hémostase grave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Infection associée            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Raynaud, artériopathie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RECUEIL DU CONSENTEMENT**

Je certifie avoir recueilli le consentement libre et éclairé du patient le      avant toute procédure.

Signature de l'investigateur :

Signature patient :

**EXAMEN CLINIQUE :**

Sexe : F  M

Côté pathologique : G  D

Pathologie :

ATCD particuliers :

Profession :

Adresse personnelle :

Téléphone :

A H+2 :

Douleur pendant l'anesthésie locale : EVA : 0 .....10

Douleur pendant l'opération : EVA : 0.....10

Douleur 2 heures après l'opération : EVA : 0.....10

Score satisfaction (0-3) : (Lickert)

>>Pas satisfait / moyennement satisfait / satisfait / Très satisfait

Score de confiance de la procédure (0-3) :

>>Pas rassuré / Moyennement rassuré / rassuré / très rassuré

Complications :

Oui : .....

Non