



Gripp'Impact

Questionnaire participation

Nom de l'EHPAD : _____

CP : _____ Ville : _____

Nom du médecin coordonnateur : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Souhaitez-vous participer à l'enquête Gripp'Impact en EHPAD ? OUI NON

Pour les établissements souhaitant participer à l'étude :

Votre établissement bénéficie-t-il du dispositif d'appui (EMHT) ? OUI NON

Si OUI, quel est le nom de votre IDEHT : _____

Dans quel groupe souhaitez-vous participer ?

Groupe 1 : accompagnement + TROD : je m'engage à réaliser un TROD-Grippe chaque fois que nécessaire, à prescrire en conséquence l'oseltamivir dans le cadre des recommandations et à renseigner 1 questionnaire par épisode de grippe.

Groupe 2 : accompagnement seul : je m'engage à prescrire l'oseltamivir dans le cadre des recommandations sans réaliser au préalable de TROD-grippe et à renseigner 1 questionnaire par épisode de grippe.

Si NON, vous avez la possibilité de prendre part à l'étude dans le groupe 3

Groupe 3 : ressource interne : je m'engage à renseigner 1 questionnaire par épisode de grippe quelle que soit la prise en charge des résidents au sein de mon EHPAD (+/- TROD, +/- oseltamivir).

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Pour toutes questions complémentaires relatives à l'étude, vous pouvez contacter le Dr C. Bouvier-Slekovec : cslekovec@chu-besancon.fr

Questionnaire à renvoyer par :

 cpias-bfc@chu-besancon.fr



03 81 66 85 58

Cachet, Date et signature