



COMMISSION SOINS COREVIH
Sous-groupe : FEMMES

**ETAT DES LIEUX DES MOYENS EXISTANTS ET DES BESOINS
DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET/OU PSYCHOLOGIQUE
POUR LES FEMMES ENCEINTEES INFECTEES PAR LE VIH**

ANNEE 2008

ETABLISSEMENT / STRUCTURE (coordonnées):

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

NOM DU SERVICE :

NOM DU CHEF DE SERVICE :

1 - FILE ACTIVE :

Nombre de femmes enceintes :

Nombre d'accouchements :

2 – Votre service dispose t-il d'un personnel psy ?

OUI

NON

Si Oui, s'agit-il : (indiquez le nombre pour chaque catégorie)

- **Psychologue clinicien :**

- . dont titulaire plein-temps :

- . dont titulaire mi-temps :

- . vacataire (nbre de vacation) :

- **Psychiatre :**

. dont titulaire plein-temps :

. dont titulaire mi-temps :

. vacataire (nbre de vacation) :

- **Infirmière psy :**

- . dont titulaire plein-temps :

- . dont titulaire mi-temps :

- . vacataire (nbre de vacation) :

Si Non , faites-vous appel à d'autres services « Psy » ?

Dans l'hôpital	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Dans le secteur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Dans le privé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

3 – La maternité dispose-t-elle d'un service Psy

OUI NON

4 – Faites-vous appel aux « psy » de la maternité pour vos patientes ?

OUI NON

<u>Si oui</u>, de qui s'agit-il : Psychologue	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Psychiatre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Infirmière psy	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

5 – Parmi les patientes VIH quel est le pourcentage de celles qui vous paraissent nécessiter une prise en charge « psy » :

- en anté-partum : %
- au moment de l'accouchement : %
- en post-partum : %

6 – Pouvez-vous préciser le nombre de femmes enceintes suivies en 2008 par les intervenants « psy » :

- Psychologue : File active :
 Nombre d'actes :

- Psychiatre : File active :
 Nombre d'actes :

- Infirmière psy : File active :
 Nombre d'actes :

7 – De qui émane la demande ?

- Du patient	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Des professionnels de santé :		
. Médecins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
. Sages-femmes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
. Soignants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
. Assistant(e)Social(e)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

