

Pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes - Mission ORVEP

(Outil de Repérage des Vulnérabilités En Périnatalité)

Le questionnaire **ORVEP** (Outil de Repérage des Vulnérabilités En Périnatalité) est proposé dans le cadre d'une mission portée par le **Réseau Périnatal Centre-Val de Loire (CVL)** et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il a pour objectif d'améliorer le repérage et le suivi des femmes enceintes en situation de vulnérabilité pouvant avoir une répercussion sur le déroulement de la grossesse.

Les données personnelles collectées dans ce cadre sont hébergées par le GIP e-Santé Centre-Val de Loire dans un environnement certifié HDS.

Seule l'antenne départementale **ORVEP** et les coordonnateurs du **Réseau Périnatal CVL** seront destinataires des données.

La sage-femme **ORVEP** de votre département pourra être amenée à vous recontacter et recueillir des informations complémentaires sur le suivi lors de votre grossesse, en cas de vulnérabilités identifiées et pourra vous proposer un accompagnement personnalisé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser à tout moment l'accompagnement proposé ainsi que l'utilisation de vos données personnelles par l'équipe du Projet **ORVEP** - **Réseau Périnatal CVL** issues du questionnaire et des contacts téléphoniques qui seront réalisés au décours de votre grossesse

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur rectification ou leur effacement auprès des professionnels qui vous ont pris en charge ou avec l'équipe du projet **ORVEP** via l'adresse liée à votre département :

sagefemme-orvep37@chu-tours.fr
sagefemme-orvep41@ch-blois.fr
sagefemme-orvep45@chu-orleans.fr
sagefemme-orvep28@ch-chartres.fr
sagefemme-orvep18@ch-vierzon.fr

Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

En cas de difficulté dans l'exercice de vos droits, vous pouvez prendre contact avec le délégué à la protection des données : dpo@ght-tvl.fr

Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Informations du patient *

(*) Champs obligatoires

Nom de jeune fille* :
Prénom* :
Téléphone* :

Nom marital :
Date de naissance* : / /
Adresse mail :

Informations du professionnel de santé

Nom :
Prénom :
Métier* :

Téléphone :
Adresse mail :
Ville :

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler , vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler , avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler , vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie , avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissement provoqués...) ?		
6- Avant la grossesse , que buviez-vous de façon régulière ou occasionnelle ? (Plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café/thé <input type="checkbox"/> autres :		
7- Depuis le début de votre grossesse , vous est-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée ou d'une autre occasion ?		
8- Avant la grossesse , fumiez-vous du tabac ?		
9- Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> + 30		
10- Actuellement , fumez-vous du tabac ?		
11- Avant la grossesse , avez-vous déjà consommé / fumé l'une ou plusieurs de ces substances ? <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> ecstasy <input type="checkbox"/> amphétamines <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> crack/base <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> héroïne <input type="checkbox"/> protoxyde (ballon) <input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> autres :		
12- Depuis le début de votre grossesse , vous est-il arrivé d'en consommer / fumer ?		
13- Ces 12 derniers mois , avez-vous pris un de ces médicaments : (Plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> tranquillisants <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> antidouleurs (codéine, tramadol...) <input type="checkbox"/> somnifères <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> méthadone / buprénorphine <input type="checkbox"/> autres :		
14- Etes-vous préoccupée par le comportement et/ou les consommations (tabac, alcool, autres) d'une ou plusieurs personnes de votre entourage proche ?		
15- Dans votre vie , avez-vous été victime de violences verbales, psychologiques, économiques, physiques et/ou sexuelles... ?		
16- Vous sentez-vous en sécurité chez vous et dans votre vie (couple, entourage, travail...) ?		
17- Après l'accouchement , serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter en cas de besoin ?		
19- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, factures, transport, accès aux soins, démarches administratives ... ?		
20- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus :

- ☐ * Je donne mon consentement
☐ * Je ne donne pas mon consentement

pour l'utilisation par l'équipe ORVEP de mes données personnelles issues du formulaire ci-dessus.

Si des vulnérabilités ont été identifiées, la sage-femme référente ORVEP de votre département vous recontactera ultérieurement pour en parler plus longuement et vous proposer un suivi personnalisé

- ☐ J'accepte ces conditions
☐ Je refuse ces conditions

Le / /

Signature