

QUESTIONNAIRE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES (MSF) – VOLET PATIENTE MUTILEE

Date : |__| |__| 2008

Département : 04 05 06 13 83 84

Type du recours médical : Consultation gynécologique Consultation obstétrique Salle d'accouchements
 IVG IMG Surveillance Suivi Autre |_____|

A RECUEILLIR AUPRES DE CHAQUE PATIENTE

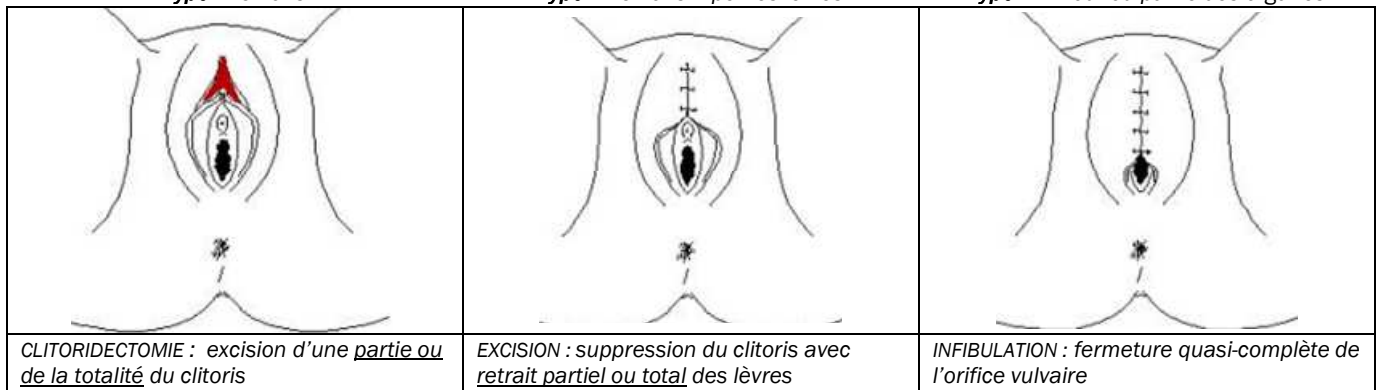
1- Age de la patiente : |__| ans

2- Type de mutilation repérée : Type I Type II Type III Type IV (Autre : incision, scarification...)

Type I : Clitoris

Type II : Clitoris + petites lèvres

Type III : Tout ou partie des organes



3- La patiente est-elle enceinte actuellement ? Oui Non

4- Si oui, connaît-on le sexe de l'enfant à venir ? Oui Non

5- Si oui, quel est le sexe ? Garçon Fille

A RECUEILLIR SEULEMENT SI ACCORD DE LA PATIENTE (Demander autorisation)

6- Nombre d'enfants de la patiente : |__|

7- Si la patiente a des enfants, quel est le nombre de filles ? |__|

8- Quand a eu lieu la dernière consultation gynécologique ?

- Lors des 6 derniers mois
- Il y a plus de 6 mois
- Plus d'un an Précisez : |_____|
- Jamais, c'est la première fois
- Ne sait plus

9- Combien de consultations gynécologiques la patiente a-t-elle eu au cours de ces 12 derniers mois ? |__|

10- Quel est le pays d'origine de la patiente ? : |_____|

11- Quelle est son ethnie ? : |_____|

12- A quel âge la mutilation a-t-elle été pratiquée ? |__| ans

13- La patiente a-t-elle des membres de sa famille mutilés ? Oui Non

QUESTIONNAIRE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES (MSF) – VOLET PATIENTE TEMOIN

Date : |__| |__| | 2008

Département : 04 05 06 13 83 84

Type du recours médical : Consultation gynécologique Consultation obstétrique Salle d'accouchements
IVG IMG Surveillance Suivi Autre |_____|

A RECUEILLIR AUPRES DE CHAQUE PATIENTE

1. Age de la patiente : |____| ans
2. La patiente est-elle enceinte actuellement ? Oui Non
3. Si oui, connaît-on le sexe de l'enfant à venir ? Oui Non
4. Si oui, quel est le sexe ? Garçon Fille

A RECUEILLIR SEULEMENT SI ACCORD DE LA PATIENTE (*Demander autorisation*)

5. Nombre d'enfants de la patiente : |____|
6. Si la patiente a des enfants, quel est le nombre de filles ? |____|
7. Quand a eu lieu la dernière consultation gynécologique ?
 - Lors des 6 derniers mois
 - Il y a plus de 6 mois
 - Plus d'un an Précisez : |_____|
 - Jamais, c'est la première fois
 - Ne sait plus
8. Combien de consultations gynécologiques la patiente a-t-elle eu au cours de ces 12 derniers mois ? |____|

QUESTIONNAIRE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES (MSF) – VOLET PROFESSIONNEL DE SANTE

Nom de l'établissement : | _____ |

Département : 04 05 06 13 83 84

Ville : | _____ |

1- Quelle est votre fonction dans la profession médicale ? – Cochez la case correspondante

- Médecin généraliste
- Médecin gynécologue
- Sage-femme
- Elève sage-femme
- Autre, précisez : | _____ |

2- Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? | _____ |

3- Avez-vous déjà vu une MSF durant votre activité professionnelle (hors période d'enquête) ?

Oui Si oui, précisez combien : | ___ | Non

4- Durant l'enquête, avez-vous repéré une MSF ? Oui Si oui, précisez combien : | ___ | Non

5- Si oui, quelle conduite avez-vous eu ? – Cochez la/les case(s) correspondante(s)

- Conseils sur le plan médical
- Conseils sur le plan juridique
- Orientation vers un autre professionnel de santé
- Orientation vers une structure associative (GAMS¹, etc.)
- Problématique non abordée
- Refus de la patiente
- Autre, précisez : | _____ |

6- Avez-vous bénéficié de la formation préalable au repérage des MSF ? Oui Non

7- Si oui, s'est-elle déroulée dans le cadre du projet ?

Oui Non Si non, précisez dans quel cadre : | _____ |

8- Si oui, vous a-t-elle aidé au repérage et/ou à la conduite à tenir ? – Cochez la case correspondante

- Oui, pour le repérage et la conduite à tenir
- Oui, pour le repérage
- Oui, pour la conduite à tenir
- Non concerné

9- Avez-vous des attentes spécifiques concernant les MSF ? Oui Non

10- Si oui, quelles sont-elles ? – Cochez la/les case(s) correspondante(s)

- Besoin de plaquettes d'informations
- Besoin d'un référent
- Besoin de connaître les structures d'orientation
- Besoin de formation
- Autre, précisez : | _____ |

QUESTIONNAIRE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES (MSF) – VOLET STRUCTURE

Nom de l'établissement : | _____ |
 Département : 04 05 06 13 83 84
 Ville : | _____ |

1- Date du 1^{er} jour de l'enquête : | ____ | ____ | 2008

2- Date du dernier jour de l'enquête : | ____ | ____ | 2008

3- Nombre de professionnels travaillant dans le service : | _____ |

- Nombre médecins généralistes : | _____ |
- Nombre médecins gynécologues : | _____ |
- Nombre médecins obstétriques : | _____ |
- Nombre sages-femmes : | _____ |
- Nombre élèves sages-femmes : | _____ |

4- Nombre de patientes reçues durant la période d'enquête	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Total
SEMAINE 1								
SEMAINE 2								
SEMAINE 3								

5- Nombre de patientes MSF vues durant la période d'enquête	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Total
SEMAINE 1								
SEMAINE 2								
SEMAINE 3								