

Vu par : Sage-femme Gynécologue obstétricien Médecin généraliste Interne Autre professionnel

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Afin de mieux vous accompagner pendant votre grossesse, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Nous vous invitons à le remettre à la personne qui effectue la consultation.

Vivez-vous seule ? <input type="checkbox"/> Oui Ou vivez-vous en couple ? <input type="checkbox"/> Oui Autre :		
Avez-vous un logement stable ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si non, comment logez-vous en ce moment ?.....		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ? Laquelle	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'une mutuelle (AM complémentaire ? Laquelle	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF,...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel a été votre poids le plus bas hors grossesse ?		
Quel a été votre poids le plus haut hors grossesse ?		
Y a-t-il des aliments que vous ne voulez pas ou ne pouvez pas manger ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		
Est-ce que vous fumiez avant la grossesse ? Et combien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si vous fumez toujours, combien de cigarettes par jour fumez-vous ?		
Qu'avez-vous l'habitude de boire ? Eau <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Cidre <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Autre		
Au cours du dernier mois (soirée, fête, autre occasion...), vous est-il arrivé de boire un verre de cidre, bière, vin, autre alcool...?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de consommer l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne,	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ou lesquelles :.....		
En avez-vous consommé au cours du dernier mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères, calmants, antidouleur, subutex, méthadone, autre....?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie triste ou dépassée par les événements ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dans la vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi par un dentiste depuis votre 4 ^{ème} de grossesse ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : <input type="checkbox"/> assistante sociale <input type="checkbox"/> éducateur <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> autre personne ?		
Si non, le souhaitez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le/...../.....

Orientation proposée :

Part (tampon du consultant)