



 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	<b>FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT</b>	Page 2 / 2
	<b>QUESTIONNAIRE MATERNITE "VOS HABITUDES DE VIE"</b>	Version : 001
	<b>N° Réf : ADMIN-ENR-561</b>	Date d'application : 01/03/2018

11. **Craignez-vous de prendre trop ou pas assez de poids pendant votre grossesse ?**

Oui  Non

12. **Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant votre grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)**

Eau  Soda  Cidre  Bière  Vin  Alcool fort  Café  Thé

Boissons énergisantes  Boissons sucrées  Autres

13. **Avez-vous modifié ces consommations depuis la grossesse ?**

Oui  Non

14. **Étiez-vous fumeuse avant votre grossesse ?**

Tabac Oui  Non

Cannabis Oui  Non

15. **Avez-vous modifié votre consommation depuis la grossesse ?**

Oui  Non

16. **Avez-vous déjà consommé les drogues suivantes : (cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne, autres) ?**

Oui  Non

17. **Avez-vous modifié cette consommation depuis la grossesse ?**

Oui  Non

18. **Avez-vous déjà pris ou prenez-vous actuellement un ou plusieurs de ces produits ?**

- Antiépileptique (contre l'épilepsie) Oui  Non
- Antihypertenseur (contre l'hypertension artérielle) Oui  Non
- Antidiabétique (insuline ou comprimés) Oui  Non
- Traitement pour la thyroïde Oui  Non
- Antidouleur (lequel :.....) Oui  Non
- Antidépresseur (contre la dépression) Oui  Non
- Tranquillisant ou somnifère Oui  Non
- Traitement de substitution aux opiacés (méthadone/subutex) Oui  Non
- Autres médicaments : Oui  Non

19. **Avez-vous déjà subi des violences psychologiques et/ou physiques ?**

Oui  Non

20. **Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?**

Oui  Non