

## FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT QUESTIONNAIRE MATERNITE "VOS HABITUDES DE Version : 001 N° Réf : ADMIN-ENR-561 Date d'application : 01/03/2018

## Vos habitudes de vie

Afin de vous accompagner au mieux durant le suivi de votre grossesse, nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Conservez-le, il vous appartient. Vous aurez l'occasion de reparler de ces habitudes de vie avec le médecin ou la sage-femme lors de vos rendez-vous de suivi de grossesse.

1.	Vivez-vous ?	En couple 🗆	Seule	Autre	e 🗆			
2.	Avez-vous déjà des enfants ? Si oui, combien : En avez-vous la ga		No Non □	n □ □ Gard	e alternée			
3.	Exercez-vous une activité profe  Oui, laquelle :  Non, quelles so		s actuellem	ent :				
4.	Avez-vous des trajets quotidie Si oui, combien de	-	-	?	Oui 🗆		Non 🗆	
5.	Quel est votre moyen de locon Voiture ☐ 2 roues ☐		Transpo	rt en coi	mmun 🗆			
6.	Sur le plan psychologique, com Bien ☐ Assez bien ☐		-		otre grosses	se ?		
7.	Quand avez-vous consulté un o	dentiste pour la (	dernière fo	is ? :				
8.	Pratiquiez-vous une activité ph Si oui, laquelle :		ve avant la	grosses	sse ?	Oui 🗆		Non 🗆
9.	Avez-vous modifié votre activi	té depuis votre g	rossesse?		Oui 🗆		Non □	
10.	Avez-vous déjà rencontré des c Oui ☐ Non ☐ Si oui, à quelle occ		otre poids	ou votre	e alimentati	on?		



## FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT Page 2 / 2 QUESTIONNAIRE MATERNITE "VOS HABITUDES DE VIE" N° Réf : ADMIN-ENR-561 Date d'application : 01/03/2018

11. Craignez-vous de prendre trop ou pas assez de poids pendar	nt votre grossesse ?
Oui $\square$ Non $\square$	
12. Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant votre grossesse ? (P	Plusieurs réponses possibles)
Eau □ Soda □ Cidre □ Bière □ Vin □ Alco	ool fort □ Café □ Thé □
Boissons énergisantes ☐ Boissons sucrées ☐ Autres ☐	]
13. Avez-vous modifié ces consommations depuis la grossesse ?	
Oui   Non	
our in them in	
14. Étiez-vous fumeuse avant votre grossesse ?	
Tabac Oui Non	
Cannabis Oui $\square$ Non $\square$	
45 A	2
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 $\square$ Non $\square$	
18. Avez-vous déjà pris ou prenez-vous actuellement un ou plus	
<ul> <li>Antiépileptique (contre l'épilepsie)</li> </ul>	Oui 🗌 Non 🗆
<ul> <li>Antihypertenseur (contre l'hypertension artérielle)</li> </ul>	Oui □ Non□
<ul> <li>Antidiabétique (insuline ou comprimés)</li> </ul>	Oui □ Non□
<ul> <li>Traitement pour la thyroïde</li> </ul>	Oui □ Non□
Antidouleur (lequel :)	Oui □ Non□
Antidépresseur (contre la dépression)	Oui □ Non□
Tranquillisant ou somnifère	Oui □ Non□
<b>-</b>	
·	•
<ul> <li>Autres médicaments :</li> </ul>	Oui □ Non□
19. Avez-vous déjà subi des violences psychologiques et/ou phy	rsiques ?
Oui 🗆 Non 🗆	
20. Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur	qui vous pouvez compter ?
Oui $\square$ Non $\square$	