



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 : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Autre :		
Avez-vous un logement stable ?	Non	Oui
Si non, comment logez-vous en ce moment ?		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ?	Non	Oui
Si oui, laquelle ?		
Bénéficiez-vous d'une mutuelle (Assurance Maladie complémentaire) ?	Non	Oui
Si oui, laquelle ?		
Y-a-t-il de périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF ...) ?	Oui	Non
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?	Oui	Non
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	Non
Si oui, lesquels ?		
Est-ce que vous fumiez avant la grossesse ? Si oui, combien ?	Oui	Non
Si vous fumez toujours, combien de cigarettes par jour fumez-vous ?		
Qu'avez-vous l'habitude de boire ? <input type="checkbox"/> 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	Non
Vous arrive-t-il de consommer l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne, protoxyde, CBD ?	Oui	Non
Si oui laquelle ou lesquelles ?		
En avez-vous consommé au cours du dernier mois ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères, calmants, anti-douleur, subutex, méthadone, autre ... ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie triste ou dépassée par les évènements ?	Oui	Non
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?	Oui	Non
Dans la vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ?	Oui	Non
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?	Non	Oui
Etes-vous préoccupée par le comportement et/ou les consommations (tabac, alcool, autres) d'une ou plusieurs personnes de votre entourage proche ?	Oui	Non
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure ? Assistante-sociale, éducateur, psychologue ou autre personne ?	Oui	Non
Si non, le souhaitez-vous ?	Oui	Non

Le/...../..... Orientation proposée :

Par (tampon du consultant)