

Professionnel de santé : Profession \_\_\_\_\_

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_

Patiente NOM-Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

« Madame,

Si vous êtes d'accord et afin de m'assurer du bon déroulement de votre grossesse, je vous propose de remplir ce questionnaire. Il servira de base à notre entretien .... »

Comment vous sentez-vous au quotidien depuis le début de votre grossesse ?



**MORALEMENT** Très bien          Très mal

**PHYSIQUEMENT** Très bien          Très mal



Est-ce que vous dormez bien ?  Oui  Non

Pratiquiez-vous un sport avant la grossesse ?  Oui  Non



Si oui,

Lequel ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous le poursuivez ?  Oui  Non



Y a-t-il eu des modifications dans votre alimentation ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Buvez-vous du café, du thé ?  Oui  Non

Si oui, combien de tasses environ par jour ? \_\_\_\_\_



Prenez-vous des médicaments, tranquillisants, somnifères ou autres ? ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Vous est-il arrivé ces derniers mois de...

Fumer du tabac ?  Oui  Non

Fumer du cannabis ?  Oui  Non

Consommer des apéritifs, du vin, de la bière, du champagne, des alcools forts ?  Oui  Non

Consommer de l'héroïne, de la cocaïne, de l'ecstasy ...?  Oui  Non

Si oui, depuis votre grossesse avez-vous modifié vos consommations ?

tabac ?  Oui  Non

cannabis ?  Oui  Non

alcool ?  Oui  Non

héroïne, cocaïne, ecstasy ...  Oui  Non

Si oui, de quelle manière ? \_\_\_\_\_

Ressentez-vous le besoin d'être aidée?  Oui  Non

Remarques à ajouter? \_\_\_\_\_