

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? _____