

# AUTO-QUESTIONNAIRE SUIVI DE VOTRE GROSSESSE



Cet auto-questionnaire est destiné à mieux vous accompagner pendant votre grossesse et à préparer l'arrivée de bébé.

Merci de répondre aux questions suivantes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. N'oubliez pas de rendre votre questionnaire aux secrétaires de gynécologie (ou au médecin). Nadia, votre référente Materniteam, vous recontactera pour votre orientation vers l'entretien prénatal précoce.

## Maman

NOM : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... N° de téléphone : .....

Profession : .....

Taille : ..... Poids : .....

## Co-parent

NOM : ..... Prénom : .....

## Suivi de la grossesse

Quel est le gynécologue ou la sage-femme qui vous suit :

.....

Nombre de grossesses : .....

Nombre d'enfants : .....

Date de début de grossesse : .....

## Antécédents médicaux

Avez-vous :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des pathologies médicales      | <input type="checkbox"/> Des antécédents de dépression            |
| <input type="checkbox"/> Des pathologies psychiatriques | <input type="checkbox"/> Des troubles du comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Surdité                        | <input type="checkbox"/> Déficit visuel important                 |
| <input type="checkbox"/> Handicap physique              |   |

## Antécédents gynéco/obstétricaux

Avez-vous déjà eu :

- IVG, combien : .....
- Des fausses-couches, combien : .....
- IMG (Interruption Médicale de Grossesse), combien : .....
- Recours à la Procréation Médicalement assistée
- Une mort fœtale, deuil périnatal
- Un traumatisme gynéco-obstétrical (accouchement, consultation gynéco-obstétrical, césarienne, etc.)

## Antécédents chirurgicaux

.....

## Consommations durant la grossesse

Consommez-vous ou avez-vous consommé plusieurs fois depuis le début de votre grossesse :

Les substances suivantes :

- Tabac
- Cannabis
- Alcool
- Cocaïne
- Héroïne
- Autres : .....

Des médicaments :

- Pour la douleur (hormis Doliprane ou Spasfon)
- Pour vous calmer
- Pour dormir
- Pour le moral
- Pour la dépendance
- Autres : .....

## Antécédents personnels

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

- Oui**
- Non**

Pendant la grossesse, avez-vous des difficultés psychologiques persistantes ?  **Oui**  **Non**

Êtes-vous isolée géographiquement ?  **Oui**  **Non**

Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous sentie :

- Triste, déprimée ou désespérée ?  **Oui**  **Non**

- Sans intérêt ou sans plaisir à réaliser des activités de la vie quotidienne ?  **Oui**  **Non**

Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, logement, factures, etc.), à pouvoir vous soigner et/ou faire vos démarches administratives ?

- Jamais**
- Parfois**
- Souvent**

Êtes-vous accompagnée par un mandataire judiciaire (tuteur ou curateur) ?  **Oui**  **Non**

Au cours de votre vie, y compris pendant votre enfance, avez-vous été victime de violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques (harcèlement, humiliation, menace, contrôle, etc.), économiques (privation de papiers, d'argent, etc.) ?

- Jamais**
- Parfois**
- Souvent**

Vous sentez-vous en sécurité avec votre partenaire ?

- Tout le temps**
- Rarement**
- Pas toujours**
- Pas de partenaire**

Avez-vous des préoccupations ou des inquiétudes dont vous aimeriez parler ?

.....  
.....  
.....