

A REMPLIR PAR LA PATIENTE EN SALLE D'ATTENTE :

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au gynécologue ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui.

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-10	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> +30
Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?H..... min				
Devez-vous consommer plus de 2 verres de boisson alcoolisée (vin, bière, apéritif, digestif...) pour sentir l'effet de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
En avez-vous consommé au cours de ces dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier le motif ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Ces derniers mois, avez-vous pris des médicaments psychotropes : tranquillisants, somnifères, méthadone, Subutex®, autres ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques ou physiques ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Vous sentez-vous entourée dans votre environnement proche ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure (assistante sociale, tuteur, psychologue, autre personne....) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			

A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME :

Reçu le par