

Pour mieux vous connaître et vous accompagner pendant cette grossesse merci de répondre à ce questionnaire, soumis au secret professionnel. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

	oui	non
<b>1- Dans la semaine qui vient de s'écouler</b> , vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
<b>2- Dans la semaine qui vient de s'écouler</b> , avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
<b>3- Dans la semaine qui vient de s'écouler</b> , vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?		
<b>4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?</b>		
<b>5- Dans votre vie</b> , avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
<b>6- Avant la grossesse</b> que buviez-vous de façon régulière ou occasionnelle ? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café/thé <input type="checkbox"/> autres :.....		
<b>7- Depuis le début de votre grossesse</b> , vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
<b>8- Avant la grossesse</b> fumiez-vous des cigarettes ?		
<b>9- Combien de cigarettes par jour en moyenne?</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
<b>10 Actuellement</b> fumez-vous du tabac ?		
<b>11- Avant la grossesse</b> , avez-vous déjà consommé/fumé l'une ou plusieurs de ces substances ? <input type="checkbox"/> cannabis <input type="checkbox"/> ecstasy <input type="checkbox"/> amphétamines <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> crack/base <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> héroïne <input type="checkbox"/> protoxyde (ballon) <input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> autres.....		
<b>12- Depuis le début de votre grossesse</b> , vous est-il arrivé d'en consommer/fumer?		
<b>13- Ces 12 derniers mois</b> , avez-vous pris un de ces médicaments: (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> tranquillisants <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> antidouleurs (codéine, tramadol...) <input type="checkbox"/> somnifères <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> méthadone/buprénorphine <input type="checkbox"/> Préciser :.....		
<b>14- Êtes-vous préoccupée par le comportement et/ou les consommations (tabac, alcool, autres) d'une ou plusieurs personnes de votre entourage proche ?</b>		
<b>15- Dans votre vie</b> avez-vous été victime de violences verbales, psychologiques, économiques, physiques et/ou sexuelles... ?		
<b>16- Vous sentez-vous en sécurité chez vous et dans votre vie (couple, entourage, travail...)?</b>		
<b>17- Après l'accouchement</b> serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
<b>18- Avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter en cas de besoin ?</b>		
<b>19- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, factures, transport, accès aux soins, démarches administratives... ?</b>		
<b>20- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?</b>		