

## AUTO-QUESTIONNAIRE

Madame, vous venez pour une consultation de suivi de grossesse. Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire sur vos habitudes de vie et le confort de votre grossesse. Vous pourrez en parler ensuite avec le médecin ou la sage-femme.

	<b>Confort de la grossesse Habitudes de vie</b>	<b>Réponses à entourer</b> <i>Eventuellement plusieurs</i>	<b>Commentaire facultatif</b>
<b>1</b>	Pendant votre grossesse comment dormez-vous ?	<input type="checkbox"/> plutôt bien <input type="checkbox"/> plutôt mal	
<b>2</b>	Pendant votre grossesse, comment vous sentez-vous ?	<input type="checkbox"/> détendue <input type="checkbox"/> joyeuse <input type="checkbox"/> inquiète <input type="checkbox"/> stressée <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> autre à préciser	
<b>3</b>	Rencontrez-vous des difficultés par rapport à l'alimentation ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> grignotage <input type="checkbox"/> nausées <input type="checkbox"/> perte d'appétit <input type="checkbox"/> autre	
<b>4</b>	Avant votre grossesse, qu'aviez-vous l'habitude de boire ?	<input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> café, thé <input type="checkbox"/> sodas, jus de fruit <input type="checkbox"/> cidre, vin, bière, prémix <input type="checkbox"/> alcools forts <input type="checkbox"/> boissons énergisantes <input type="checkbox"/> autre	
<b>5</b>	Pendant votre grossesse, lors d'un repas, d'une soirée, d'une fête ... vous est-il arrivé de consommer :	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> bière, cidre, prémix <input type="checkbox"/> vin, apéritif <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> boissons énergisantes	
<b>6</b>	Avant votre grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >30	
<b>7</b>	Actuellement combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >30	
<b>8</b>	Vapotez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

9	Votre conjoint est-il fumeur ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
10	Avant votre grossesse, avez-vous consommé du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
11	Avant votre grossesse, avez-vous déjà consommé l'une de ces substances :	<input type="checkbox"/> ecstasy <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> cocaïne, héroïne <input type="checkbox"/> amphétamines <input type="checkbox"/> autres drogues	
12	Prenez-vous de la méthadone ou du subutex ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
13	Pendant votre grossesse, prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> somnifère <input type="checkbox"/> tranquillisant <input type="checkbox"/> anti-dépresseur <input type="checkbox"/> antidouleur codéiné <input type="checkbox"/> autre médicament	
14	Dans votre vie, avez-vous vécu des situations de violence ?	<input type="checkbox"/> psychologiques <input type="checkbox"/> physiques <input type="checkbox"/> aucune	
15	Avez-vous des difficultés financières ou sociales ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> emploi <input type="checkbox"/> administratives <input type="checkbox"/> couverture sociale	
16	Actuellement bénéficiez-vous d'une aide ?	<input type="checkbox"/> de votre famille <input type="checkbox"/> aide-ménagère <input type="checkbox"/> éducateur <input type="checkbox"/> assistant(e) social(e) <input type="checkbox"/> tutelle, curatelle <input type="checkbox"/> aucune	
17	Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	