

Identificatieklever
---------------------



**Questionnaire prénatal**

Félicitations pour votre grossesse. Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous dans la salle d'attente. Cela facilitera la consultation et nous pourrons accorder plus d'attention à vos questions.

**Date du début de vos dernières règles :** ..... **Poids :** ..... **BP:** .....

**Avez-vous déjà été enceinte auparavant?**       Oui    Non

**Informations sur d'éventuelles grossesses antérieures**

Date de naissance	Durée de la grossesse	Accouchement : spontané, par aspiration, césarienne	Sexe du bébé	Poids de naissance	Lieu d'accouchement

**Avez-vous déjà fait une fausse couche ou perdu une grossesse?**  
 Non       Oui : .....

**Avez-vous déjà subi des opérations ?** Les opérations incluent également les chirurgies de perte de poids et les interventions gynécologiques telles que le curetage.  
 Non       Oui    Si oui, quelle opérations : .....

**Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections suivantes ?**    No       Oui :

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques
<input type="checkbox"/> Hypertension (pression artérielle élevée)	<input type="checkbox"/> Maladies rénales
<input type="checkbox"/> Problèmes de thyroïde	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Maladies métaboliques
<input type="checkbox"/> Autres maladies:.....	

**Avez-vous déjà rencontré des problèmes mentaux ?**

<input type="checkbox"/> Aucun problème mental	<input type="checkbox"/> Trouble anxieux
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire
<input type="checkbox"/> Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire
<input type="checkbox"/> Autre : .....	

**Êtes-vous allergique à des médicaments, des pansements ou des solutions désinfectantes ?** Si oui, lesquels ?  Non  Oui : .....

**Prenez-vous des médicaments ?**  Non  Oui : .....

**Fumez-vous ? Utilisez-vous des drogues ou de l'alcool ?**  Non  Oui : .....

**Les affections suivantes sont-elles présentes dans votre famille ou celle de votre partenaire ?**

- Pas de problèmes familiaux
- Diabète
- Diabète gestationnel
- Hypertension (pression artérielle élevée)
- Prééclampsie ou syndrome HELLP (« intoxication gravidique »)
- Malformations congénitales : .....
- Formes héréditaires de cancer : .....
- Thrombose
- Maladies sanguines (drépanocytose, thalassémie, hémophilie)
- Épilepsie
- Maladies musculaires
- Mortinatalité
- Fausses couches répétées (plus de 2 fausses couches)
- Autres affections héréditaires : .....

**Quel est votre métier ?** : .....

**Situation sociale:** Êtes-vous:  Mariée  Cohabitation  Célibataire

**Quel était votre poids avant la grossesse ?** : ..... kg

**Quelle est votre taille ?** : ..... cm

**Numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre :** .....

**Comment souhaitez-vous suivre votre grossesse ?** Cochez l'une des options :

- Suivi conjoint avec le médecin familiale/sage-femme : contrôles chez le médecin familiale/sage-femme à 16 semaines, 25 semaines et 33 semaines, autres consultations à l'hôpital.
- Suivi complet à l'hôpital : Pendant la grossesse, 3 échographies sont remboursées par la sécurité sociale. Des frais supplémentaires sont facturés pour les autres consultations. Pour une estimation détaillée des coûts, vous pouvez contacter le service de tarification.

Dans les deux parcours de suivi, nous planifions une consultation prénatale avec la sage-femme, au cours de laquelle tous les aspects de votre bien-être et de votre grossesse (médicaux, psychologiques, sociaux) sont évalués (cfr Brochure Born in Belgium).

**Signature**