



Installation : _____

SUIVI DE GROSSESSE SAGE-FEMME INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SITUATION PERSONNELLE

Décrivez-nous vos conditions de travail ou d'études ? _____

Pensez-vous avoir besoin d'un retrait préventif (CNESST) ☐ Oui ☐ Non

Qu'avez-vous (et l'autre parent) prévu comme congé de maternité ou congé parental ? _____

Quel est votre niveau de stress (travail ou autre situation) ? _____

Avez-vous des moments de repos, relaxation ou ressourcement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? _____

Avez-vous des problèmes de sommeil ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels : _____

Faites-vous du sport ou de l'exercice physique ? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels et combien d'heures par semaine environ ? _____

Prévoyez-vous déménager cette année ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Êtes-vous en couple ? ☐ Oui ☐ Non Depuis combien de temps ? _____

Vivez-vous ensemble ? ☐ Oui ☐ Non

Comment décririez-vous votre relation de couple? _____

Avez-vous des animaux? ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____

Consultez-vous en médecine alternative / est-ce que vous prenez des remèdes naturels ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels ? _____

Avez-vous déjà vécu une situation de violence verbale, physique, psychologique ou autre ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

HISTOIRE CONTRACEPTIVE

Méthode	Années d'utilisation	Efficacité, effets secondaires, satisfaction

ALIMENTATIONAvez-vous déjà eu des problèmes d'appétit ou d'alimentation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Avez-vous déjà suivi des régimes particuliers ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Prenez-vous des suppléments alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____

Portrait type de votre alimentation (incluant les breuvages)

Jour	Déjeuner	Dîner	Souper	Collations
(semaine)				
(semaine)				
(semaine)				
(fin de semaine)				

Aimeriez-vous changer quelque chose dans votre alimentation durant la grossesse ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

FAMILLE ET ENTOURAGE

Quelle est votre situation familiale ?

Rang dans la famille : _____

Relation avec parents et frères ou sœurs : _____

Distance géographique avec parents, frères ou sœurs : _____

Disponibilité des parents, frères ou sœurs : _____

Avez-vous un réseau d'amis à proximité ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____Participez-vous aux activités d'un organisme communautaire* ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____☐ *J'aimerais des référencesVotre entourage approuve-t-il votre choix pour le suivi de grossesse, votre lieu d'accouchement, l'allaitement ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Votre mère a-t-elle eu des difficultés durant ses grossesses, ses accouchements ou sa période postnatale ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Quel était votre poids à la naissance ? _____

SUIVI DE GROSSESSE

Avez-vous des craintes ou des préoccupations particulières face à :

La grossesse ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____L'accouchement ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____L'arrivée du bébé ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____L'allaitement ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne prévois pas allaiter le bébé

Préciser : _____

Qu'est-ce qui vous a amené à choisir un suivi sage-femme ? _____

Je désire obtenir plus d'informations sur : _____

QUESTIONS RELATIVES À VOTRE PARTENAIRE

Groupe sanguin : _____ Poids à la naissance : _____

Est-ce que votre partenaire a des problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Est-ce que votre partenaire a déjà eu une infection transmissible sexuellement (gonorrhée, chlamydia, herpès ou autre) ?

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Quel est son occupation/ horaire/ niveau de stress ? _____

Est-ce que votre partenaire prévoit prendre congé après la naissance ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Est-ce que votre partenaire consomme de l'alcool, tabac ou drogue ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser type de consommation (nom) et fréquence : _____

Est-ce que votre partenaire prévoit changer quelque chose à sa consommation pendant la grossesse ou après l'arrivée du bébé ?

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Quels sont ses sentiments face à l'arrivée du bébé ? _____

Est-ce que votre partenaire a des questions ou des inquiétudes par rapport à :

La grossesse ? _____

L'accouchement ? _____

L'arrivée du bébé ? _____

L'allaitement ? _____

Est-ce que votre partenaire a l'intention de vous accompagner aux rendez-vous de suivi de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Est-ce que votre partenaire a l'intention de participer aux rencontres prénatales de groupe ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

#Dossier : []

[illegible]

Date : aaaa/mm/jj

[illegible][illegible]Date : aaaa/mm/jj