

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questionnaire à remplir par l'usagère

Afin de nous aider à mieux planifier vos soins selon vos besoins et vos attentes, nous vous demandons de répondre à quelques questions :

Renseignements généraux	
Votre âge : _____ ans	Votre occupation : _____
Avez-vous des enfants? : ☐ Oui ☐ Non	Si oui, combien? _____ Quel âge ont-ils? _____
Quel est votre statut civil?	
☐ Célibataire ☐ Union de fait ☐ Mariée ☐ Séparée ☐ Divorcée ☐ Veuve	
Présentement, vous vivez avec :	
☐ Seule ☐ Conjoint ☐ Enfants ☐ Parents ☐ Amis ☐ Autre : _____	
Avez-vous rencontré un médecin ou une infirmière depuis que vous êtes enceinte? ☐ Oui ☐ Non	

Antécédents médicaux	
Cochez si vous avez ou avez déjà eu un problème de santé :	
☐ Hypertension	☐ Dépression
☐ Problème pulmonaire	☐ Problèmes psychologiques
☐ Asthme	☐ Embolie, caillot
☐ Maladie cardiaque	☐ Maux de tête/migraines
☐ Cancer : _____	☐ Évanouissement
☐ Anémie	☐ Problème gynécologique
☐ Maladie inflammatoire intestinale	☐ Problème des glandes surrénales
☐ Situation exigeant prise de cortisone	☐ Épilepsie
☐ Troubles de coagulation / prise d'anticoagulants	☐ Autres : _____
Précisions : _____	

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : _____

Prénom : _____

#Dossier : _____

Réactions face à la grossesse

Lequel de ces mots décrit le mieux votre réaction lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte?

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ Choc | ☐ Joie | ☐ Colère | ☐ Peur | ☐ Surprise |
| ☐ Tristesse | ☐ Déception | ☐ Ambivalence | ☐ Autre : _____ | |

Présentement, vous vous sentez :

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Soulagée | ☐ Heureuse | ☐ Triste/déprimée | ☐ En colère | ☐ Indifférente |
| ☐ Inquiète | ☐ Coupable | ☐ Seule | ☐ Autre : _____ | |

Présentement, vous désirez :

- | | |
|---|--|
| ☐ Poursuivre cette grossesse | ☐ Interrompre cette grossesse |
| ☐ Incertaine/hésite encore | ☐ Autre : _____ |

Votre entourage

1. Avez-vous un partenaire stable? ☐ Oui ☐ Non Si oui, depuis combien de temps? _____
2. Votre partenaire est-il au courant de votre projet d'interrompre cette grossesse? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, quelle est sa réaction face à votre décision? _____
3. Vos parents ou proches sont-ils au courant de votre grossesse et de votre projet de l'interrompre?
☐ Oui ☐ Non Si oui, quelle a été leur réaction? _____
4. Vivez-vous actuellement de la violence ou de l'abus (physique, psychologique, verbal, sexuel, économique)?
☐ Oui ☐ Non Si oui, expliquez : _____
5. Face à votre décision d'interrompre votre grossesse, vous vous sentez :
☐ Supportée ☐ Influencée ☐ Obligée ☐ Écoutée ☐ Respectée ☐ Autre : _____
6. Par qui pensez-vous être accompagnée la journée de l'intervention? _____
7. Avez-vous des attentes, des peurs, des craintes ou toute autre information que vous aimeriez nous communiquer?

L'infirmière du planning familial vous rencontrera et discutera de ce questionnaire avec vous. N'hésitez pas à lui confier vos craintes, questions ou commentaires.

Signature de la cliente: _____

Date : _____
aaaa-mm-jj

Signature de l'infirmière: _____

Date : _____
aaaa-mm-jj