

Questionnaire médical

1^{er} rendez-vous de grossesse

*Bienvenue à la Clinique médicale de la Marconi!
 Votre nouveau médecin souhaite vous connaître afin de bien
 prendre soin de votre santé durant votre grossesse.*

Nous vous invitons à compléter ce questionnaire au meilleur de vos connaissances.

Généralités	
Nom et prénom :	Date de naissance (Année/Mois/Jour) :
Adresse :	
Téléphone maison :	Cellulaire :
Votre taille :	Votre poids :
Votre emploi actuel (poste occupé et milieu de travail) :	
Pharmacie habituelle (succursale) :	
Votre médecin de famille :	
Date du dernier rendez-vous gynécologique (paptest) :	
Situation conjugale (en couple ou célibataire?) :	Si vous êtes en couple, depuis combien de temps? :
Est-ce le premier bébé du couple?	Origine ethnique : Date d'arrivée au Canada :
Nom et prénom du conjoint :	
Son âge :	Son emploi :
Ses problèmes de santé personnel :	
Problèmes de santé dans sa famille (père, mère, frère, sœur): HTA, diabète, cholestérol, AVC, cardiaque...	
Antécédents de santé familiaux	
Vos parents, frères et sœurs :	
Complications de grossesse ou d'accouchement dans la famille ou jumeaux? : (mère, sœur)	

Antécédents personnels (SVP, précisez) :								
Avez-vous <u>déjà eu</u> ou <u>avez-vous</u> les problèmes de santé suivants ...								
Hypertension artérielle		Affections de la thyroïde						
Problème de coagulation du sang (<i>Caillots</i>)		Épilepsie						
Maladie rénale		Dyscrasie sanguine (<i>Anémie, leucémie ...</i>)						
Transfusions de sang		Allergies/asthme						
Maladies neuro-psychiatriques (<i>Anxiété, dépression, TDAH ...</i>)		Herpès génital (<i>et votre conjoint?</i>)						
Antécédents chirurgicaux (<i>Si oui, préciser ci-bas</i>)		ITSS (<i>Chlamydia, Gonorrhée, Syphilis ...</i>)						
Connaissez-vous votre groupe sanguin ? <i>Si oui, inscrivez-le ici</i>		Varicelle						
Spécifications (si vous avez répondu oui à l'un des problèmes de santé, veuillez spécifier) :								
Grossesses antérieures (bébé, fausse couche, avortement, œuf clair):								
	Date d'accouchement (<i>Année/Mois/Jour</i>)	Lieu (<i>hôpital</i>)	Durée de la grossesse (sem.)	Durée du travail/h	Mode Accouchement (<i>vaginal ou par césarienne</i>)	Type Anesthésie (<i>épidurale/péridurale</i>)	Sexe du bébé	Poids du bébé
1								
2								
3								
Est-ce qu'il y a eu des particularités pour vous ou votre bébé lors de l'accouchement?								

Grossesse actuelle			
Date des dernières menstruations : (1 ^{er} jour des dernières règles)		Cycle (ex : 28 jours, 30 jours, etc) :	
Date du test de grossesse positif :		Date du transfert d'embryon :	
Symptômes (cocher les cases + écrire la médication prise au besoin)			
Nausées/Vomissements		Enflure des jambes/mains	
		Saignements	
Constipation		Maux de tête	
		Douleurs au bas ventre	
Reflux gastrique/ Brûlements d'estomac		Pertes vaginales malodorantes ou démangeaisons	
		Symptômes urinaires	
Description brève des symptômes :			
Vaccination antérieure reçue (cocher les cases)			
À jour selon le calendrier de vaccination		Vaccin Influenza	
		Vaccin COVID	
Vaccin Hépatite B		Vaccin varicelle	
		Nb de dose vaccin COVID	
Habitudes de vie et environnement			
Depuis le début de votre grossesse ...			
Avez-vous fait des radiographies ou échographies ?			
Avez-vous eu un accident ou fait une importante chute ?			
Avez-vous un chat à la maison? Si oui, qui nettoie la litière ?			
Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?			
Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles (<i>cannabis et/ou autres drogues ...</i>) ?			
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de consommations par semaine ?			
Fumez-vous la cigarette ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?			
Vapotez-vous ? Si oui, à quelle fréquence par jour ?			
Buvez-vous du café ? Si oui, combien par jour ?			
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?			
Prenez-vous de l'acide folique ou des vitamines prénatales ?			