

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.

Service de soutien Ma Grossesse

Pour débiter, les personnes enceintes sont invitées à remplir rapidement le formulaire avant de débiter le suivi de grossesse.

L'inscription au service Ma grossesse vous permet un accès gratuit, rapide et confidentiel à de l'information et des services adaptés à vos besoins durant votre grossesse.




Inscrivez-vous!
Québec.ca/magrossesse

Votre gouvernement Québec

Scannez le code QC ou tapez l'adresse URL suivant www.quebec.ca/magrossesse

Je me suis inscrite

Je ne me suis pas inscrite

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? :

Suite ...

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) :			

Suite ...

Grossesses antérieures (bébé, fausse couche, avortement, œuf clair):								
	Date d'accouchement (Année/Mois/Jour)	Lieu (hôpital)	Durée de la grossesse (sem.)	Durée du travail/h	Mode Accouchement (vaginal ou par césarienne)	Type Anesthésie (épidurale/péridurale)	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		<input type="checkbox"/>	Enflure des jambes/mains		<input type="checkbox"/>	Saignements		<input type="checkbox"/>
Constipation		<input type="checkbox"/>	Maux de tête		<input type="checkbox"/>	Douleurs au bas ventre		<input type="checkbox"/>
Reflux gastrique/ Brûlements d'estomac		<input type="checkbox"/>	Pertes vaginales malodorantes ou démangeaisons		<input type="checkbox"/>	Symptômes urinaires		<input type="checkbox"/>
Description brève des symptômes :								
Vaccination antérieure reçue (cocher les cases)								
À jour selon le calendrier de vaccination			<input type="checkbox"/>	Vaccin Influenza		<input type="checkbox"/>	Vaccin COVID	
Vaccin Hépatite B			<input type="checkbox"/>	Vaccin varicelle		<input type="checkbox"/>	Nb de dose vaccin COVID	

Suite ...

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 ?