

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.



grossesse

Inscrivez-vous!
Québec.ca/magrossesse



22-918-098

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Date de naissance (Année/Mois/Jour) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Téléphone maison :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cellulaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Votre taille :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Votre poids :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Votre emploi actuel (poste occupé et milieu de travail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Pharmacie habituelle (succursale) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

Suite ...

Votre médecin de famille :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Date du dernier rendez-vous gynécologique (paptest) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Situation conjugale (en couple ou célibataire?) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Si vous êtes en couple, depuis combien de temps? : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Est-ce le premier bébé du couple ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Origine ethnique :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date d'arrivée au Canada :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Nom et prénom du conjoint :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Son âge :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Son emploi :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Ses problèmes de santé personnel :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Problèmes de santé dans sa famille (père, mère, frère, sœur): HTA, diabète, cholestérol, AVC, cardiaque... Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

Antécédents de santé familiaux			
Vos parents, frères et sœurs : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.			
Complications de grossesse ou d'accouchement dans la famille ou jumeaux? : (mère, sœur) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.			
Antécédents personnels (SVP, précisez) :			
Avez-vous <u>déjà eu</u> ou <u>avez-vous</u> les problèmes de santé suivants ...			
Hypertension artérielle	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Affections de la thyroïde	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Problème de coagulation du sang (<i>Caillots</i>)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Épilepsie	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Maladie rénale	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Dyscrasie sanguine (<i>Anémie, leucémie ...</i>)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Transfusions de sang	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Allergies/asthme	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suite ...

Maladies neuro-psychiatriques (Anxiété, dépression, TDAH ...)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Herpès génital (et votre conjoint?)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Antécédents chirurgicaux (Si oui, préciser ci-bas)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	ITSS (Chlamydia, Gonorrhée, Syphilis ...)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Connaissez-vous votre groupe sanguin ? Si oui, inscrivez-le ici	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Varicelle	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Spécifications (si vous avez répondu oui à l'un des problèmes de santé, veuillez spécifier) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.			

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	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Est-ce qu'il y a eu des particularités pour vous ou votre bébé lors de l'accouchement? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.								

Grossesse actuelle					
Date des dernières menstruations : (1 ^{er} jour des dernières règles)		Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		Cycle (ex : 28 jours, 30 jours, etc) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Date du test de grossesse positif :		Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		Date du transfert d'embryon : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.					
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 ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Avez-vous eu un accident ou fait une importante chute ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suite ...

Avez-vous un chat à la maison? Si oui, qui nettoie la litière ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles (<i>cannabis et/ou autres drogues ...</i>) ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de consommations par semaine ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Fumez-vous la cigarette ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Vapotez-vous ? Si oui, à quelle fréquence par jour ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Buvez-vous du café ? Si oui, combien par jour ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Prenez-vous de l'acide folique ou des vitamines prénatales ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.