

# Questionnaire EDEN

Visite en suites de couches

Questionnaire posé par l'enquêtrice



Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Identification :  Date de remplissage :

## Questionnaire posé par l'enquêtrice en suites de couches

### I. Visite et examens de la grossesse

Avez-vous déménagé pendant la grossesse ? 0. non 1. oui

Combien avez-vous eu de visites prénatales au total (à la maternité ou ailleurs) ?

Combien avez-vous eu d'échographies au total ?

Avez-vous participé aux séances de préparation à l'accouchement ?

0. non

1. oui à toutes les séances

2. oui à certaines seulement

Pendant votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants :

de l'aspirine, du paracétamol (efferalgan, dafalgan, doliprane),

ou de l'ibuprofène (advil, ...) : 0. non 1. oui 2. ne sait pas

des somnifères :

0. non 1. oui 2. ne sait pas

des tranquillisants ou anxiolytiques :

0. non 1. oui 2. ne sait pas

des antidépresseurs :

0. non 1. oui 2. ne sait pas

des fortifiants (*répondre oui pour tout produit que la patiente considère comme fortifiant*) :

0. non 1. oui 2. ne sait pas

Pendant votre grossesse, avez-vous consulté un(e) psychologue ou un(e) psychiatre ?

0. non 1. oui

### II. Tabac

Fumiez-vous avant le début de votre grossesse ? 0. non 1. oui

si oui, pendant votre grossesse avez-vous utilisé des produits à base de nicotine (timbre, patch, chewing-gum) pour vous aider à arrêter de fumer ?

0. non 1. oui

si oui, quel produit :

Timbre ou patch

0. non 1. oui

Chewing-gum

0. non 1. oui

pendant combien de temps ?

semaines



☐2. souvent

☐3. parfois

☐4. jamais

si oui, depuis combien de temps ?   mois   année

Certaines de vos dents sont-elles « déchaussées » ?

(c'est-à-dire est-ce que vos gencives se rétractent ou remontent le long des dents ?)

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Certaines de vos dents bougent-elles ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Avez-vous des caries qui ne sont pas soignées ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Hormis les dents de sagesse, vous a-t-on déjà enlevé des dents qui étaient abîmées et/ou qui vous faisaient mal ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

si oui, combien ?

A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?

☐1. pendant la grossesse

☐2. moins de 3 mois avant la grossesse

☐3. moins d'1 an avant la grossesse

☐4. moins de 3 ans avant la grossesse

☐5. plus de 3 ans avant la grossesse

☐6. je ne suis jamais allée chez le dentiste

C'était pour :

☐1. un contrôle

☐2. des douleurs

☐3. des soins

☐4. une autre raison : précisez .....

Si vous avez consulté pendant la grossesse, le dentiste a-t-il préféré attendre que vous ayez accouché pour vous soigner ?

☐0. non

☐1. oui

☐2. oui, pour certains soins

si oui (réponses 1 ou 2), il s'agissait de quel(s) soin(s) :

☐1. soins de caries

☐2. extraction

☐3. détartrage

☐4. autre : précisez .....

A quand remonte votre dernier détartrage chez le dentiste ?

- ☐1. pendant la grossesse
- ☐2. moins de 3 mois avant la grossesse
- ☐3. moins d'1 an avant la grossesse
- ☐4. moins de 3 ans avant la grossesse
- ☐5. plus de 3 ans avant la grossesse
- ☐6. je n'ai jamais eu de détartrage

Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Identification :       Date de remplissage :

## Echographie supplémentaire de contrôle (en fonction des besoins du dossier médical)

### Première échographie supplémentaire :

Motif : ☐1. croissance ☐0. non ☐1. oui  
☐2. vitalité ☐0. non ☐1. oui  
☐3. anomalie ☐0. non ☐1. oui  
Date :        
Age gestationnel en semaines révolues (SA) :

Position foetale : ☐1. céphalique ☐2. siège ☐3. transverse  
Dos : ☐1. à droite ☐2. à gauche

Index amniotique :     mm  
**ou à défaut : liquide amniotique :** ☐1. normal ☐2. oligoamnios ☐3. hydramnios

**Biométrie :** Diamètre bi pariétal :     mm  
Périmètre céphalique :     mm  
Diamètre cérébelleux transverse :     mm  
Diamètre abdominal transverse :     mm  
Périmètre abdominal :     mm  
Longueur fémorale :     mm

**Morphologie :** Codes CIM  
Malformation 1 : .....       
Malformation 2 : .....

**Doppler des artères utérines :** ☐0. non ☐1. oui  
si oui, droite : D/S      
Notch ☐0. non ☐1. oui  
gauche : D/S      
Notch ☐0. non ☐1. oui

**Doppler ombilical :** ☐0. non ☐1. oui  
si oui, pourcelot (S-D)/S :      
Reverse-flow ☐0. non ☐1. oui

si oui, pourcelot (S-D)/S :      |\_\_|,|\_\_|\_\_|

### Deuxième échographie supplémentaire:

**Motif :** | 1. croissance | | 0. non | | 1. oui

|             |        |        |
|-------------|--------|--------|
| 2. vitalité | 0. non | 1. oui |
|-------------|--------|--------|

☐ 3. anomalie ☐ 0. non ☐ 1. oui

Date: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Age gestationnel en semaines révolues (SA) :            

**Position foetale :**    ☐ 1. céphalique    ☐ 2. siège    ☐ 3. transverse

**Dos :**                         1. à droite                         2. à gauche

**Index amniotique :**                   |\_|\_| mm

**ou à défaut : liquide amniotique :** ☐ 1. normal ☐ 2. oligoamnios ☐ 3. hydramnios

**Biométrie :** Diamètre bi pariétal :     mm

Périmètre céphalique :                   |\_|\_| mm

Diamètre cérébelleux transverse :      |      |      |      mm

Diamètre abdominal transverse :      | | | mm

Périmètre abdominal : | | | mm

Longueur fémorale :    mm

| Morphologie : | Codes CIM |
|---------------|-----------|
|---------------|-----------|

Malformation 1 : ..... | | | , |

Malformation 2:.....|\_|\_|\_|,|\_|

Doppler des artères utérines : ☐ 0. non ☐ 1. oui

si oui, droite : D/S | | | |

|       |  |        |        |
|-------|--|--------|--------|
| Notch |  | 0. non | 1. oui |
|-------|--|--------|--------|

gauche :                      D/S                      |    |    |    |

|       |  |        |        |
|-------|--|--------|--------|
| Notch |  | 0. non | 1. oui |
|-------|--|--------|--------|

**Doppler ombilical :** ☐ 0. non ☐ 1. oui

Si oui, pourcelot (S-D)/S :      |    |,|    |    |

|              |  |        |  |        |
|--------------|--|--------|--|--------|
| Reverse-flow |  | 0. non |  | 1. oui |
|--------------|--|--------|--|--------|

Doppler cérébral : | 0. non | 1. oui

Si oui, pourcelot (S-D)/S :      |    |, |    |    |

Remarques particulières:

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....