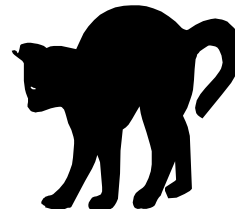


Questionnaire EDEN

Auto-questionnaire mère après la naissance





Nom : Prénom :

N° d'Identification : |_|_|_|_|_| Date de remplissage : |_|_|_|_|_|

Auto-questionnaire mère après la naissance

I. Alimentation

*Ne rien inscrire
dans cette colonne*

CE QUESTIONNAIRE PORTE SUR VOTRE ALIMENTATION HABITUELLE **AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS DE VOTRE GROSSESSE**

I- Une liste d'aliments vous est proposée. Pouvez-vous indiquer à côté de chacun la fréquence avec laquelle vous avez consommé cet aliment (ou groupe d'aliments) au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE, que ce soit au cours des repas (à la maison ou à l'extérieur) ou entre les repas. Pour chaque aliment présenté, cochez la case correspondant à la fréquence de votre consommation. Par exemple, si vous avez consommé 1 fois des abats au cours des 3 derniers mois, cochez la case située à l'intersection entre la ligne « abats » et la colonne « Moins d'une fois par mois » :

Jamais	Moins d'une fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	Une fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	Une fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
--------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

1. des abats (foie, langue de bœuf, rognons, ris de veau, tripes, boudin...)

|_ |

|_ **X** _ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

| 1

|_ |

A. Abats, charcuterie, œufs : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé ...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
1a. du foie (génisse, volailles, autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/>
1b. de la langue de bœuf, des tripes, du boudin, des andouillettes, des ris de veau, des rognons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1b <input type="checkbox"/>
2. du saucisson sec (ou salami), y compris à l'apéritif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. du cervelas ou de la mortadelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. du pâté ou des rillettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. du jambon (blanc, cru, bacon...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. des saucisses (chipolatas, merguez, Strasbourg, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. des œufs « sur le plat », en omelette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. des œufs « pochés, durs ou à la coque »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

B. Viande : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. de la viande de bœuf « grillée, rôtie ou sautée » (sauf steak haché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. des steaks hachés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. de la viande de porc (sauf charcuterie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. de la viande de veau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. de la viande d'agneau ou de mouton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. de la volaille (poulet, dinde, ...), du lapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>

C. Plats garnis : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. des friands (ou croissants ou crêpes fourrés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. des tartes salées (quiche, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. des croque-monsieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. des sandwichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. de la pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. des raviolis ou lasagnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. des hamburgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. du cassoulet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. du couscous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. de la choucroute (avec de la charcuterie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. de la paëlla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. du chili con carné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>

13. des plats cuisinés "allégés"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------

D. **Poisson : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,**
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. du poisson (cabillaud, lieu, merlan, sole, truite, ...) frais ou congelé (sauf poisson pané)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
2. du poisson à l'huile (thon, sardines, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
3. du poisson fumé ou salé (saumon, hareng, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4. du poisson pané	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5. des plats cuisinés à base de poisson	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
6. des coquillages et des crustacés (moules, huîtres, crevettes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

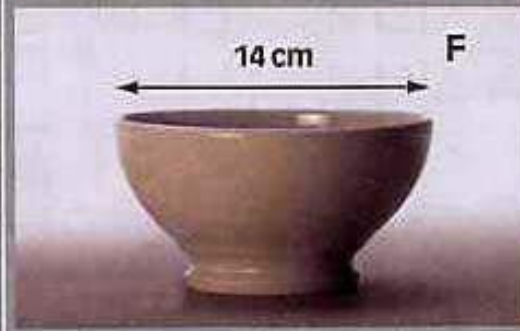
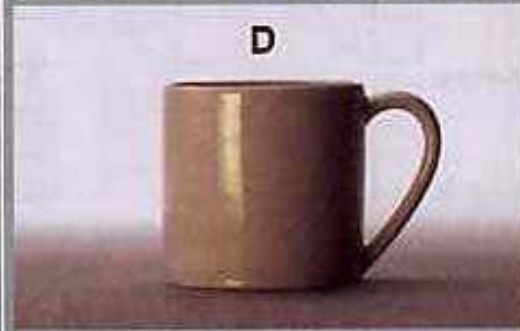
Si vous avez consommé du poisson plus d'une fois par mois, précisez s'il s'agissait de :

	1 Jamais	2 Rarement	3 Parfois	4 Souvent		
1. Thon frais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
2. Thon en boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
3. Sardines fraîches	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4. Sardines en boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5. Maquereau frais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
6. Maquereau en boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>
7. Saumon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>

8. Hareng ou sprats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. Requin ou espadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Bar, brochet, flétan ou perche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. Cabillaud ou colin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>

TASSES - BOLS

Choisissez la lettre correspondant à la tasse ou au bol que vous avez utilisé



E. Lait et produits laitiers : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé..?

Pour le lait, répondre en fonction du nombre de tasses ou bols consommés ; indiquer dans la dernière colonne n° 8 le type de tasse ou bol (A à G) que vous utilisez le plus fréquemment en vous reportant aux photos ci-contre.

Si vous ne consommez qu'une petite quantité de lait (par exemple « nuage de lait » dans le café...) chaque jour, indiquez H dans la colonne n° 8.

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	8 Indiquez la lettre du bol ou de la tasse utilisée le plus fréquemment	
1. du lait entier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. du lait demi-écrémé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. du lait écrémé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
4. de l'Emmental, du Gruyère, du Comté, du Beaufort								
a. en morceaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4a <input type="checkbox"/>
b. râpé sur les plats (pâtes, riz, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4b <input type="checkbox"/>
5. du Bonbel, du Babybel, du Gouda, de l'Edam, du Cantal, des Tommes, Morbier, St Nectaire, Reblochon, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. du Brie, du Camembert, Pont l'Evêque, Munster, Vacherin, St Marcelin, du fromage type Caprice des Dieux, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7a. du Roquefort, du bleu quelle qu'en soit l'origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7a <input type="checkbox"/>
7b. du fromage de chèvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7b <input type="checkbox"/>
8. du fromage frais (Tartare, Kiri, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. du fromage blanc ou des yaourts à 0% de matières grasses (nature, aux fruits, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. du fromage blanc ou des petits suisses à 20%, 30% ou 40% de matières grasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. des yaourts (nature, aux fruits, aromatisés, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. des entremets (crèmes desserts de type Danette, Liégeois, mousses, flans, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. de la crème chantilly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. de la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>

15. des sorbets

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------

F. Corps gras crus et sauces : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous ajouté dans votre assiette ou consommé directement (sur du pain par exemple)...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
1. du beurre non allégé (en ajout sur du pain, des biscottes, sur les pâtes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. du beurre allégé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. de la margarine non allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. de la margarine allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. de la mayonnaise non allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. de la mayonnaise allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. de la sauce vinaigrette non allégée (avec crudités, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. de la vinaigrette allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. du ketchup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. de la crème fraîche non allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. de la crème fraîche allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>

G. Pain, produits céréaliers et féculents : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. du pain (blanc, de mie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. du pain complet ou pains spéciaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. des biscottes ou craquottes ou pains grillés (type suédois, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. des céréales de type petit déjeuner (corn flakes, cheerios, au chocolat, céréales soufflées, muesli, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. des pâtes (macaronis, spaghettis, coquillettes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. des raviolis et pâtes fourrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. du riz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. de la semoule ou du blé (taboulé, en accompagnement autre que dans un couscous, Ebly)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>

H. Pommes de terre : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

1. des frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. de la purée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. des pommes de terre à l'eau, ou au four	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. des pommes de terre « rissolées » ou sautées									

5. du gratin dauphinois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

I. Biscuits, gâteaux et sucreries : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. du chocolat (noir, au lait, aux noisettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. de la pâte à tartiner au chocolat (type Nutella, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. du miel, de la confiture ou marmelade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. du sucre « light » (dans le café, les yaourts...) (ou édulcorants ou faux sucre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. du sucre normal (dans le café, les yaourts, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. du cacao ou chocolat en poudre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. des bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. des viennoiseries (croissants, pains au chocolat, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. de la tarte (aux fruits, au flan, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. de la brioche, du cake, du quatre-quarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. des biscuits (pur beurre, secs, confiturés, fourrés, au chocolat, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. des gâteaux pâtisseries (au chocolat, à la crème, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>

13. des barres chocolatées (mars, bounty, ...)

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

13

|_

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
14. des barres de céréales (granny, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15a. des cacahuètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15a <input type="checkbox"/>
15b. des gâteaux apéritifs salés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15b <input type="checkbox"/>
16. des chips (au repas, à l'apéritif, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

J. Fruits : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé ... ? Si vous consommez certains fruits seulement pendant quelques mois
de l'année, indiquez votre consommation durant cette période.

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
1a. les fruits suivants: abricots, melon entre avril et septembre, mangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/>
1b. pêches, prunes, cerises entre avril et septembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1b <input type="checkbox"/>
1c. fraises, framboises entre avril et septembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1c <input type="checkbox"/>
2. des bananes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. des kiwis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. des agrumes (oranges, mandarines, pamplemousses, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. des pommes ou des poires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. du raisin (blanc, noir) à l'automne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. d'autres fruits frais (ananas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. des abricots ou des pêches séchées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. autres fruits séchés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. noix, noisettes, amandes, ...								

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

| 10 |_

K. Légumes crus (crudités) : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé ... ? Si vous consommez certains légumes seulement pendant quelques
 mois de l'année, indiquez votre consommation durant cette période.

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour	
1. de la salade verte, des endives, du cresson, des épinards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2a. des carottes râpées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2a <input type="checkbox"/>
2b. des crudités autres (céleri, tomates, betteraves, chou, concombre, radis, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2b <input type="checkbox"/>
3. de l'avocat (au moins un demi avocat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. du soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

L. Légumes cuits (frais, en conserve ou surgelés) : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé ... ? Si vous consommez certains légumes seulement pendant quelques
 mois de l'année, indiquez votre consommation durant cette période.

	1 Jamais	2 Moins d'une fois par mois	3 Entre 1 et 3 fois par mois	4 Une fois par semaine	5 Entre 2 et 5 fois par semaine	6 Une fois par jour ou presque	7 Plusieurs fois par jour		
1. des haricots verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. des endives, des épinards, du cresson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3a. des poireaux, du chou (vert, chou-fleur, Bruxelles, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3a	<input type="checkbox"/>
3b. des brocolis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3b	<input type="checkbox"/>
4. des carottes cuites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. des courgettes et aubergines (ratatouille, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. des petits pois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. d'autres légumes (navets, blettes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. de la soupe de légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. des légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, fèves, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. du maïs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. du potiron, des patates douces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>

12. du soja

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------

A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer ci-dessous, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous consommez généralement au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE.

	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
1. steak	__	__	__	__ 0	1 __
2. viande en sauce	__	__	__	__ 0	2 __
3. charcuterie	__	__	__	__ 0	3 __

Choisissez la lettre correspondant à la portion que vous avez consommée

Portion
A

Portion
B

Portion
C

1



2



3



Choisissez la lettre correspondant à la portion que vous avez consommée

Portion
A

Portion
B

Portion
C

4



5



6



	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
4. rôti de porc	__	__	__	__ 0	4 __
5. frites	__	__	__	__ 0	5 __
6. pâtes en accompagnement	__	__	__	__ 0	6 __

	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
7. haricots verts	_	_	_	_ 0	7 _
8. crudités en entrée	_	_	_	_ 0	8 _
9. tarte	_	_	_	_ 0	9 _

Choisissez la lettre correspondant à la portion que vous avez consommée

Portion
A

Portion
B

Portion
C

7



8



9



Choisissez la lettre correspondant à la portion que vous avez consommée

Portion
A

Portion
B

Portion
C

10



11



12



	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
10. brioche	_	_	_	_ 0	10 _
11. gruyère, mimolette, ...	_	_	_	_ 0	11 _
12. camembert, brie, chèvre, ...	_	_	_	_ 0	12 _

M. Boissons non alcoolisées : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,

combien avez-vous consommé de verres (ou tasses)..?

Indiquez dans la colonne n° 9, pour chaque boisson, le type de verre (p. 26), bol ou tasse (p. 7), le plus fréquemment utilisé.

	1 Aucun	2 Moins d'un verre par mois	3 Entre 1 et 3 verres par mois	4 Un verre par semaine	5 Entre 2 et 5 verres par semaine	6 Un verre par jour ou presque	7 2 à 4 verres par jour	8 Plus de 4 verres par jour	9 Type de verre		
1. de jus d'oranges, de pamplemousses, d'ananas, de pommes, de raisins	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		1	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. de sirop	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		2	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. de cola non « light » (type Coca-Cola ou Pepsi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		3	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. de cola « light » (type Coca-Cola ou Pepsi « light »)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		4	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. de limonade ou de soda (type Sprite, Fanta, Ice Tea, ...) non « light »	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		5	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. de soda (type Sprite, Fanta, ...) « light »	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		6	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. d'eau minérale ou du robinet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		7	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. de café	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		8	<input type="text"/> <input type="text"/>

Type de
tasse (p.7)

9. de thé

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

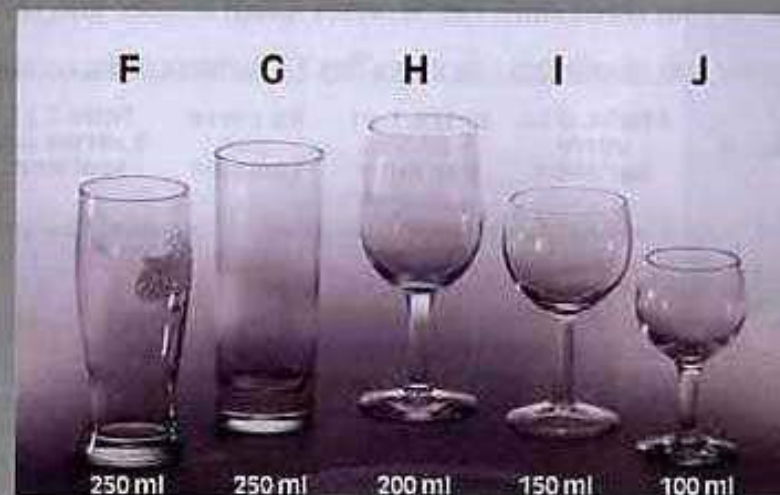
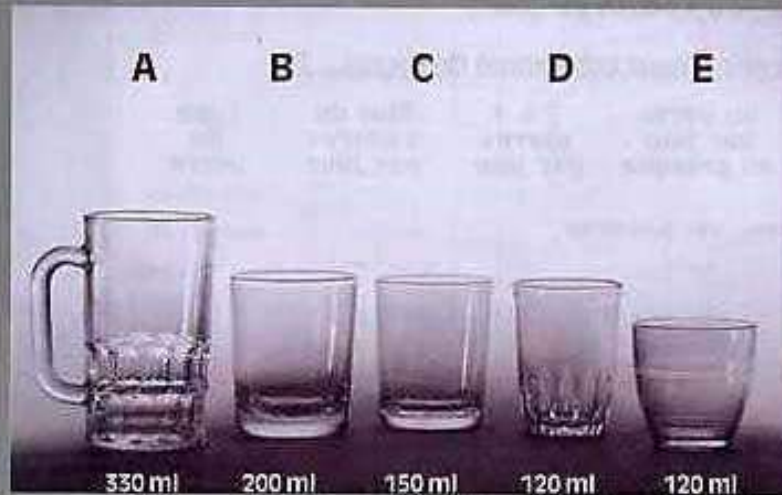
9

|_ |

|_ |

VERRES

Choisissez la lettre correspondant au verre que vous avez utilisé



N. Boissons alcoolisées : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,
combien avez-vous consommé de verres en moyenne...?

1) en semaine, du lundi au vendredi

(Indiquez le nombre de verres par jour)

1. de cidre |__|__|

2. de vin blanc |__|__|

3. de vin rouge ou rosé |__|__|

4. de bière |__|__|

5. d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...) |__|__|

6. de champagne |__|__|

7. d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...) |__|__|

2) le week-end, du vendredi soir au dimanche soir

(Indiquez le nombre de verres au total pendant le W-E)

1. de cidre |__|__|

2. de vin blanc |__|__|

3. de vin rouge ou rosé |__|__|

4. de bière |__|__|

5. d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...) |__|__|

6. de champagne |__|__|

7. d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...) |__|__|

1 |__|__| sem

1 |__|__| w.e.

2 |__|__| sem

2 |__|__| w.e.

3 |__|__| sem

3 |__|__| w.e.

4 |__|__| sem

4 |__|__| w.e.

5 |__|__| sem

5 |__|__| w.e.

6 |__|__| sem

6 |__|__| w.e.

7 |__|__| sem

7 |__|__| w.e.

O. **Matières grasses : au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,**

Quelle matière grasse utilisiez-vous principalement pour (une seule réponse pour la plus couramment utilisée) :

	1 beurre	2 margarine	3 végétaline	4 huile d'arachide	5 huile de tournesol	6 huile de colza	7 huile d'olive	8 huile de maïs	9 huile mélangée	0 non concernée		
Pour :												
1. la cuisson des viandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. la cuisson des frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. l'assaisonnement des crudités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Utilisiez-vous des additifs alimentaires à base de glutamate ?					<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas				4	<input type="checkbox"/>
si non, est-ce pour intolérance au glutamate ?					<input type="checkbox"/> 0. Non	<input type="checkbox"/> 1. oui					5	<input type="checkbox"/>

P. **Au cours des 3 derniers mois DE VOTRE GROSSESSE,**

Indiquez la fréquence hebdomadaire avec laquelle vous preniez généralement les différents repas et collations cités ci-dessous :

	1 Jamais	2 Moins d'1 fois par semaine	3 1 ou 2 fois par semaine	4 3 à 5 fois par semaine	5 Tous les jours de la semaine ou presque		
1. petit déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. goûter (ou collation) de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

Vous arrive-t-il de manger entre ces repas et collations ?

5. le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. en début d'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. en fin d'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. après le repas du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>

Avez-vous évité un ou plusieurs aliments au cours de votre grossesse en raison d'allergies ? ☐0. non ☐1. oui

1	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Si oui, lesquels ?

Q. <u>Au cours DE VOTRE GROSSESSE, avez-vous pris des suppléments en vitamines et minéraux sous forme de</u>		
<u>comprimés, ampoules, sachets ... :</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>
si oui, cette prise de vitamines et minéraux a été :	<input type="checkbox"/> 1. uniquement à une période de la grossesse <i>précisez :</i>	
	<input type="checkbox"/> 2. régulière ou presque pendant toute la grossesse	2 <input type="checkbox"/>
S'agissait-il d'un mélange de vitamines et/ou minéraux :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>
si non, les vitamines ou minéraux que vous avez pris au cours de ces trois mois étaient-ils :		
(cochez la ou les cases correspondantes)	<input type="checkbox"/> 1. de la vitamine A ou du carotène	1 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2. de la vitamine B2 ou riboflavine	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3. de la vitamine B6 ou pyridoxine	3 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4. de la vitamine B9 ou acide folique	4 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 5. de la vitamine C	5 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6. de la vitamine E	6 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 7. du calcium	7 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 8. du cuivre	8 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 9. du fer	9 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 10. de l'iode	10 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 11. du zinc	11 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 12. du sélénium	12 <input type="checkbox"/>
 Dans l'année qui a précédé le début de cette grossesse, vous est-il arrivé de prendre du cannabis		
(hachish, marijuana, herbe, joint, shit)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>
si oui, avec quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/> moins d'1 fois par mois	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 à 4 fois par mois	3 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 à 4 fois par semaine	4 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> tous les jours ou presque	5 <input type="checkbox"/>

Et pendant cette grossesse, vous est-il arrivé de prendre du cannabis

(hachish, marijuana, herbe, joint, shit) ☐ 0. non ☐ 1. oui

si oui, avec quelle fréquence ? ☐ moins d'1 fois par mois

☐ 1 à 4 fois par mois

☐ 1 à 4 fois par semaine

☐ tous les jours ou presque

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

II. Emploi et événements

Avez-vous eu un emploi pendant votre grossesse, même pour une courte durée ?

☐0. non ☐1. oui

1 ☐

si oui, durant votre grossesse avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail,
y compris les deux semaines pour grossesse pathologique ?

☐0. non ☐1. oui

2 ☐

si oui, quelle a été la durée totale de ces arrêts (en jours) ?

3

A quelle date avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ?

1

Durant cette grossesse, vous est-il arrivé un des événements suivants :

Décès d'un proche : partenaire, parent, frère ou sœur

☐0. non ☐1. oui

1 ☐

Séparation de votre couple

☐0. non ☐1. oui

2 ☐

Expulsion de votre logement, nécessité de vous reloger

☐0. non ☐1. oui

3 ☐

Incendie, inondation ou désastre majeur dans votre logement

☐0. non ☐1. oui

4 ☐

Accident de circulation sérieux, que vous soyez automobiliste, cycliste ou piéton

☐0. non ☐1. oui

5 ☐

Perte de votre travail

☐0. non ☐1. oui

6 ☐

Perte du travail de votre partenaire

☐0. non ☐1. oui

7 ☐

Vous avez eu des problèmes avec la justice

☐0. non ☐1. oui

8 ☐

Votre partenaire a eu des problèmes avec la justice, emprisonnement

☐0. non ☐1. oui

9 ☐

Votre partenaire a eu des problèmes d'alcool ou de drogue

☐0. non ☐1. oui

10 ☐

Votre partenaire vous a frappée ou a exercé d'autres brutalités physiques contre vous

☐0. non ☐1. oui

11 ☐

Votre partenaire a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous

☐0. non ☐1. oui

12 ☐

Votre partenaire vous a harcelée ou a contrôlé toutes vos activités

☐0. non ☐1. oui

13 ☐

Autre événement qui vous a perturbée

☐0. non ☐1. oui

14 ☐

si oui, quel événement ?

.....

.....

Durant cette grossesse, vous est-il arrivé un événement particulièrement heureux ou positif ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?				
Habitat :				
Avez-vous déménagé depuis le début de la grossesse ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1	<input type="checkbox"/>
Pendant votre grossesse, avez-vous habité : (<i>plusieurs réponses possibles</i>)				
Une maison particulière :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	2	<input type="checkbox"/>
Un petit immeuble collectif :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	2	<input type="checkbox"/>
Un grand immeuble collectif :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	3	<input type="checkbox"/>
Les questions suivantes concernent l'habitat dans lequel vous avez passé le plus de temps au cours de votre grossesse				
Avez-vous un jardin particulier ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	4	<input type="checkbox"/>
Votre logement a-t-il été construit :		<input type="checkbox"/> 0. avant 1948 <input type="checkbox"/> 1. après 1948 <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	5	<input type="checkbox"/>
Si vous habitez dans un immeuble, à quel étage est situé votre logement (rez-de-chaussée = 0) ?		<input type="text"/>	6	<input type="text"/>
Quel est le nombre de personnes vivant dans le logement ?		<input type="text"/>	7	<input type="text"/>
Quel type de chauffage utilisez-vous ?				
Central :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	8	<input type="checkbox"/>
si non, de quel autre type s'agit-il ?		<input type="checkbox"/> 1. gaz		
		<input type="checkbox"/> 2. électricité		
		<input type="checkbox"/> 3. fuel		
		<input type="checkbox"/> 4. charbon		
		<input type="checkbox"/> 5. bois		
		<input type="checkbox"/> 6. autre	9	<input type="checkbox"/>
La peinture s'écaille-t-elle ?				
Dans votre logement :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	10	<input type="checkbox"/>
Dans les parties communes de votre immeuble :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. n'habite pas en immeuble	11	<input type="checkbox"/>

Utilisez-vous une cuisinière à gaz ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	12	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une hotte avec évacuation extérieure ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13	<input type="checkbox"/>
Le logement où vous habitez est-il situé à proximité d'un arrêt de bus ou d'une voie de passage de camions ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence y a-t-il des voitures qui passent devant votre habitation ? (Cochez une seule case)			
<input type="checkbox"/> 1. continuellement			
<input type="checkbox"/> 2. souvent			
<input type="checkbox"/> 3. rarement			
<input type="checkbox"/> 4. jamais		15	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence y a-t-il des poids lourds (camions, bus) qui passent devant votre habitation ? (Cochez une seule case)			
<input type="checkbox"/> 1. continuellement			
<input type="checkbox"/> 2. souvent			
<input type="checkbox"/> 3. rarement			
<input type="checkbox"/> 4. jamais		16	<input type="checkbox"/>
Votre logement a-t-il des fenêtres donnant sur la rue ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	17	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous près d'un complexe industriel ou d'une usine ou d'un atelier susceptible de laisser passer dans l'air des substances chimiques ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	18	<input type="checkbox"/>
Pendant votre grossesse, avez-vous exercé en dehors de votre travail l'une des activités suivantes :			
Modélisme	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
Activités d'art	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
Bricolage	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
Peinture	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
Teinture	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
Labo photographique	<input type="checkbox"/> 0. jamais	<input type="checkbox"/> 1. rarement	<input type="checkbox"/> 2. souvent
		19	<input type="checkbox"/>
		20	<input type="checkbox"/>
		21	<input type="checkbox"/>
		22	<input type="checkbox"/>
		23	<input type="checkbox"/>
		24	<input type="checkbox"/>

Jardinage

|__|0. jamais

|__|1. rarement

|__|2. souvent

| 25 |__|

Pendant votre grossesse, aviez-vous un animal domestique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26	<input type="checkbox"/>
si oui, s'agissait-il :			
chien	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
rongeur	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29	<input type="checkbox"/>
autre, précisez :		30	<input type="checkbox"/>
si oui, votre animal domestique avait-t-il accès à l'intérieur de votre chambre ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31	<input type="checkbox"/>
 Pendant votre grossesse, avez-vous eu des problèmes d'allergie(s)			
à cause d'un animal domestique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	32	<input type="checkbox"/>
si oui, indiquez lesquelles :			
 Pendant votre grossesse, avez-vous été en contact avec un ou plusieurs			
animaux de ferme ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
si oui, s'agissait-il :			
vache/veau	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
mouton	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35	<input type="checkbox"/>
volaille	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	36	<input type="checkbox"/>
chèvre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37	<input type="checkbox"/>
lapin	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	38	<input type="checkbox"/>
autre, précisez :		39	<input type="checkbox"/>
 Ces animaux de ferme avaient-ils accès à l'intérieur de votre logement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	40	<input type="checkbox"/>
 Avez-vous eu pendant la grossesse des problèmes d'allergie(s)			
à cause d'un animal de ferme ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	41	<input type="checkbox"/>
si oui, indiquez lesquelles :			