

N° d'Identification : |_|_|_|_|_|



Etude des Déterminants pré et post natus

EDEN

du développement et de la santé de l'ENfant

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Maternité de Nancy



Auto-questionnaire EDEN "3 ans"

Questions pour la maman



Prénom de la mère :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de remplissage : | | | | | |

Votre santé

- | | | | |
|-----|---|----|--------------------------|
| 1. | <u>Au cours du dernier mois,</u>
comment vous êtes-vous sentie sur le plan physique ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. très bien | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. assez bien | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. assez mal | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. très mal | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | et sur le plan moral ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. très bien | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. assez bien | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. assez mal | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. très mal | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <u>Au cours du dernier mois,</u> avez-vous pris les médicaments suivants ? | | |
| | . aspirine, paracétamol (efferalgan, dafalgan, doliprane) ou
ibuprofène (advil, ...) : | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 3 | <input type="checkbox"/> |
| | . des somnifères : | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 4 | <input type="checkbox"/> |
| | . des tranquillisants ou anxiolytiques : | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 5 | <input type="checkbox"/> |
| | . des antidépresseurs : | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 6 | <input type="checkbox"/> |
| | . des vitamines ou minéraux : | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas | 7 | <input type="checkbox"/> |
| 3a. | <u>Au cours des 12 derniers mois,</u> avez-vous été hospitalisée pour une grossesse ou
un accouchement ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, combien de jours au total : | 9 | <input type="text"/> |
| | si oui, était-ce pour une complication de la grossesse ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 10 | <input type="checkbox"/> |

3b.	<u>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisée pour une autre raison ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
	si oui, combien de jours au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, dans le(s)quel(s) des services suivants :		
	. urgences	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. médecine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. psychiatrie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	15 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. chirurgie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	16 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	17 <input type="text"/> <input type="text"/>
	pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ?		Code CIM
	:		18 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	:		19 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	:		20 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3c.	<u>Depuis la naissance de votre enfant participant à EDEN, avez-vous eu un accident ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21 <input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, quel type d'accident ? :		
	<input type="checkbox"/> 1. accident de la circulation		
	<input type="checkbox"/> 2. accident du travail		
	<input type="checkbox"/> 3. accident à la maison		
	<input type="checkbox"/> 4. accident de sport		
	<input type="checkbox"/> 5. autre (précisez) : :		22 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3d.	<u>Avez-vous une maladie chronique ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23 <input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, laquelle :		Code CIM
	si oui, existait-elle avant la naissance de votre enfant EDEN ?		24 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25 <input type="text"/> <input type="text"/>
4a.	<u>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou des arrêts de travail ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26 <input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, combien de semaines au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	27 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(si moins d'une semaine, comptez 1)		
	si oui, pour quelle(s) raison(s) :		
	. maladie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. accident	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29 <input type="text"/> <input type="text"/>
	. grossesse pathologique	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30 <input type="text"/> <input type="text"/>

4b.	La question qui suit porte sur vos consultations <u>pour vous, au cours des 12 derniers mois</u> (quel que soit le lieu de consultation : cabinet de médecin, hôpital, clinique, etc...)		
	Avez-vous consulté un médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	32 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un gynécologue ou un obstétricien ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	34 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un homéopathe ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	36 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un ostéopathe ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	38 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un acupuncteur ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	40 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	41 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	42 <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté d'autres médecins spécialistes ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	43 <input type="checkbox"/>
	si oui, quels spécialistes :		44 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4c.	<u>Etat de santé bucco-dentaire</u>		
	Vous brossez-vous les dents ?		
	<input type="checkbox"/> 1. 2 fois par jour ou plus		
	<input type="checkbox"/> 2. 1 fois par jour		
	<input type="checkbox"/> 3. tous les 2-3 jours		
	<input type="checkbox"/> 4. moins souvent		
	<input type="checkbox"/> 5. jamais		45 <input type="checkbox"/>
	Certaines dents vous font-elles mal?		
	<input type="checkbox"/> 1. en permanence		
	<input type="checkbox"/> 2. souvent		
	<input type="checkbox"/> 3. parfois		
	<input type="checkbox"/> 4. jamais		46 <input type="checkbox"/>
	si oui, depuis combien de temps ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)		47 <input type="text"/> m <input type="text"/> a
	Pensez-vous avoir des caries non soignées ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non		
	<input type="checkbox"/> 1. un peu		
	<input type="checkbox"/> 2. beaucoup		
	<input type="checkbox"/> 3. ne sait pas		48 <input type="checkbox"/>
	Avez-vous des douleurs ou une gêne au niveau des gencives ?		
	<input type="checkbox"/> 1. en permanence		
	<input type="checkbox"/> 2. souvent		

<input type="checkbox"/> 3. parfois	
<input type="checkbox"/> 4. jamais	49 <input type="checkbox"/>
si oui, depuis combien de temps ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)	50 <input type="text"/> m <input type="text"/> a
Vos gencives saignent-elles quand vous vous brossez les dents ?	
<input type="checkbox"/> 1. en permanence	
<input type="checkbox"/> 2. souvent	
<input type="checkbox"/> 3. parfois	
<input type="checkbox"/> 4. jamais	51 <input type="checkbox"/>
si oui, depuis combien de temps ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)	52 <input type="text"/> m <input type="text"/> a
Vos gencives saignent-elles spontanément ?	
<input type="checkbox"/> 1. en permanence	
<input type="checkbox"/> 2. souvent	
<input type="checkbox"/> 3. parfois	
<input type="checkbox"/> 4. jamais	53 <input type="checkbox"/>
si oui, depuis combien de temps ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)	54 <input type="text"/> m <input type="text"/> a
Certaines de vos dents sont-elles "déchaussées" ? (<i>c'est-à-dire est-ce que vos gencives se rétractent ou remontent le long des dents ?</i>)	
<input type="checkbox"/> 0. non	
<input type="checkbox"/> 1. oui	
<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	55 <input type="checkbox"/>
A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?	
<input type="checkbox"/> 1. moins d'1 an	
<input type="checkbox"/> 2. 1 à 3 ans	
<input type="checkbox"/> 3. pendant la grossesse de votre enfant EDEN	
<input type="checkbox"/> 4. avant la grossesse EDEN	
<input type="checkbox"/> 5. je ne suis jamais allée chez le dentiste	56 <input type="checkbox"/>
Cette dernière visite était pour quelle(s) raison(s) :	
<input type="checkbox"/> 1. un contrôle	
<input type="checkbox"/> 2. des douleurs	
<input type="checkbox"/> 3. des soins	
<input type="checkbox"/> 4. un détartrage	
<input type="checkbox"/> 5. une autre raison, précisez :	57 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5.	<u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous été enceinte, quelle que soit l'issue de la grossesse (naissance, fausse-couche, IVG, ...) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	58	<input type="checkbox"/>
	. Etes-vous enceinte actuellement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. peut-être	59	<input type="checkbox"/>
	si non, quel est votre poids actuel ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> kg	60	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous eu une fausse-couche spontanée ou une grossesse extra-utérine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		
	si oui, à quelle(s) date(s) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	62	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	63	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous accouché d'un nouvel enfant	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	64	<input type="checkbox"/>
	si oui, à quelle(s) date(s) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	65	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	66	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous eu une IVG ou une interruption thérapeutique de grossesse ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		
	si oui, à quelle(s) date(s) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	67	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	68	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	69	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.	<u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous eu un traitement parce que vous pensiez avoir des difficultés pour obtenir une grossesse ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	70	<input type="checkbox"/>
	si oui, était-ce :			
	- des inducteurs d'ovulation :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	71	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez à partir de quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	72	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (injection de spermatozoïdes intracytoplasmique) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	73	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez à partir de quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	74	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- une insémination artificielle avec sperme du conjoint (ou IAC) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	75	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez à partir de quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	76	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	77	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez à partir de quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	78	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- un autre traitement :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	79	<input type="checkbox"/>
	si oui, quel traitement :			
	si oui, précisez à partir de quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	80	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<p>Si vous avez été enceinte depuis que votre enfant a 2 ans, répondez aux questions ci-dessous (si vous avez eu plusieurs grossesses, répondez pour la dernière grossesse), si non passez à la question n°9</p>			

7.	Quelle était la dernière méthode permettant d'éviter une grossesse que vous ou votre partenaire avez utilisée avant cette grossesse ?		
	la pilule	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	81 <input type="checkbox"/>
	le stérilet	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	82 <input type="checkbox"/>
	les préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	83 <input type="checkbox"/>
	les crèmes, tampons ou ovules spermicides	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	84 <input type="checkbox"/>
	un diaphragme ou une autre méthode locale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	85 <input type="checkbox"/>
	le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	86 <input type="checkbox"/>
	une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	87 <input type="checkbox"/>
	précisez quelle méthode :		
	la pilule du lendemain	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	88 <input type="checkbox"/>
	aucune méthode depuis la précédente grossesse	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	89 <input type="checkbox"/>
Après avoir arrêté d'utiliser cette méthode, au bout de combien de temps avez-vous été enceinte ?			
	<input type="checkbox"/> 1. j'ai été enceinte alors que j'utilisais cette méthode		
	<input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas		
	<input type="checkbox"/> 3. dès le 1 ^{er} cycle		90 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4. au bout de <input type="text"/> mois et <input type="text"/> semaines		91 <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	Si vous n'êtes pas enceinte actuellement, souhaitez-vous un autre enfant ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas		92 <input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez été enceinte depuis que votre enfant a 2 ans, passez maintenant au chapitre suivant sur les « Vos sentiments cette semaine » page 9.</p> <p>Si vous n'avez pas été enceinte depuis que votre enfant a 2 ans, répondez d'abord aux questions suivantes.</p>			
9.	<u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé :		
	la pilule	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	93 <input type="checkbox"/>
	le stérilet	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	94 <input type="checkbox"/>
	les préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	95 <input type="checkbox"/>
	les crèmes, tampons ou ovules spermicides	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	96 <input type="checkbox"/>
	un diaphragme ou une autre méthode locale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	97 <input type="checkbox"/>
	le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	98 <input type="checkbox"/>
	une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	99 <input type="checkbox"/>
	précisez quelle méthode :		

10.	Actuellement, utilisez-vous, vous ou votre partenaire...		
	la pilule	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	100 <input type="checkbox"/>
	le stérilet	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	101 <input type="checkbox"/>
	les préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	102 <input type="checkbox"/>
	les crèmes, tampons ou ovules spermicides	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	103 <input type="checkbox"/>
	un diaphragme ou une autre méthode locale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	104 <input type="checkbox"/>
	le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	105 <input type="checkbox"/>
	une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	106 <input type="checkbox"/>
	précisez quelle méthode :		
	la pilule du lendemain	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	107 <input type="checkbox"/>
	aucune méthode	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	108 <input type="checkbox"/>
	si vous n'utilisez aucune méthode, depuis combien de temps est-ce le cas ?		
	. depuis ma précédente grossesse :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	109 <input type="checkbox"/>
	. depuis <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> an(s)		110 <input type="text"/> <input type="text"/>
	vous pouvez aussi donner une date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	111 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. vous n'avez jamais utilisé de méthode permettant d'éviter une grossesse	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	112 <input type="checkbox"/>
11.	Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?		
	<input type="checkbox"/> 1. oui, actuellement		
	<input type="checkbox"/> 2. non, mais vous pensez commencer à chercher à être enceinte dans les 3 prochains mois		
	<input type="checkbox"/> 3. non, mais vous pensez commencer à chercher à être enceinte dans les 6 prochains mois		
	<input type="checkbox"/> 4. non, ce n'est pas prévu		
	<input type="checkbox"/> 5. ne sait pas		113 <input type="checkbox"/>
	si vous cherchez à être enceinte actuellement, combien de rapports sexuels avez-vous eu approximativement au cours du mois dernier ?		
	<input type="checkbox"/> 0. aucun		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 à 3		
	<input type="checkbox"/> 2. environ 1 par semaine		
	<input type="checkbox"/> 3. 2 à 3 par semaine		
	<input type="checkbox"/> 4. 4 à 6 par semaine		
	<input type="checkbox"/> 5. 1 par jour		
	<input type="checkbox"/> 6. plus de 1 par jour		114 <input type="checkbox"/>

- | | |
|--|--|
| <p>12. Actuellement, vos cycles menstruels sont-ils réguliers ? (il s'agit de la durée entre le début des règles et le début des règles suivantes)</p> <p><input type="checkbox"/>1. oui, ils ont toujours la même durée à 2 jours près</p> <p><input type="checkbox"/>2. oui, à peu près (variations de 3 à 4 jours d'un cycle à l'autre)</p> <p><input type="checkbox"/>3. ils sont plutôt irréguliers (variations de 5 jours ou plus d'un cycle à l'autre)</p> <p><input type="checkbox"/>4. je n'ai pas de règles en ce moment</p> | <p>115 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>13. Quelle est actuellement la durée moyenne de vos cycles menstruels ? (il s'agit de la durée entre le début des règles et le début des règles suivantes) :</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> jours</p> <p>ou vous préférez donner une fourchette (exemple, entre <u>25</u> et <u>35</u> jours) :</p> <p>entre <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> et <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> jours</p> | <p>116 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>117 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> |

Vos sentiments cette semaine

Quels ont été vos sentiments et vos comportements **DURANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER ?**

Les impressions suivantes peuvent être ressenties par la plupart des gens. Indiquez en cochant pour chaque phrase, avec quelle fréquence vous avez eu durant la semaine écoulée les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste.

Durant cette semaine,

	1 Jamais, très rarement (pendant moins d'1 jour)	2 Occasionnellement (pendant 1 à 2 jours)	3 Assez souvent (pendant 3 à 4 jours)	4 Fréquemment, tout le temps (pendant 5 à 7 jours)		
1. J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Je me suis sentie déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. J'ai été confiante en l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. Je me suis sentie craintive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. J'ai été heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13. J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14. Je me suis sentie seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15. Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16. J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
17. J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
18. Je me suis sentie triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
20. J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>

Votre mode de vie

- | | | |
|--|----|-----|
| <p>1. Actuellement, fumez-vous du tabac ? _ 0. non _ 1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, combien de cigarettes par jour ? _ _ </p> | 1 | _ |
| | 2 | _ _ |
| <p>2. Actuellement combien de verres ou cannettes de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc...) buvez-vous en moyenne par jour ? <i>(si vous buvez moins d'un verre/jour coder 0)</i></p> <p> _ _ 1. les jours de semaine</p> <p> _ _ 2. les samedi et dimanche</p> | 3 | _ _ |
| | 4 | _ _ |
| <p>3. Au cours de la dernière année, vous est-il arrivé occasionnellement de boire davantage d'alcool que votre consommation habituelle ?</p> <p style="text-align: right;"> _ 0. non _ 1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, combien de verres dans la même journée ou soirée? _ _ </p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, combien de fois dans l'année ? _ _ </p> | 5 | _ |
| | 6 | _ _ |
| | 7 | _ _ |
| <p>4. Vivez-vous avec le père de l'enfant participant à EDEN?</p> <p> _ 0. non, vous vivez seule</p> <p> _ 1. non, vous vivez avec un autre compagnon</p> <p> _ 2. non, vous vivez avec d'autres personnes adultes</p> <p> _ 3. oui</p> | 8 | _ |
| <p>5. Quelle est votre situation familiale, d'un point de vue légal ?</p> <p> _ 1. mariée</p> <p> _ 2. célibataire</p> <p> _ 3. divorcée</p> <p> _ 4. séparée</p> <p> _ 5. PACS</p> <p> _ 6. autre</p> <p>si autre, précisez :</p> | 9 | _ |
| <p>6. Le père de l'enfant participant à EDEN a-t-il un emploi ?</p> <p> _ 0. non, étudiant</p> <p> _ 1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi</p> <p> _ 2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)</p> <p> _ 3. oui</p> <p> _ 4. ne sait pas</p> | 10 | _ |
| <p>si oui, a-t-il le même emploi qu'il y a un an ? _ 0. non _ 1. oui</p> <p>si non, quelle est sa profession actuelle ? <i>(Préciser et cocher la case correspondante)</i></p> <p>préciser :</p> <p>.....</p> <p> _ 1. agriculteur exploitant</p> <p> _ 2. commerçant, artisan</p> <p> _ 3. cadre (profession libérale, professeur, ingénieur)</p> <p> _ 4. profession intermédiaire, cadre moyen (instituteur, infirmier, technicien)</p> <p> _ 5. employé de bureau, administratif de la fonction publique</p> <p> _ 6. employé de commerce</p> | 11 | _ |

<input type="checkbox"/> 7.	personnel de service aux particuliers	
<input type="checkbox"/> 8.	ouvrier qualifié, chauffeur	
<input type="checkbox"/> 9.	ouvrier non qualifié, manutentionnaire	12 <input type="checkbox"/>
7. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?		
<input type="checkbox"/> 0.	non, femme au foyer	
<input type="checkbox"/> 1.	non, congé maternité	
<input type="checkbox"/> 2.	non, congé parental	
<input type="checkbox"/> 3.	non, étudiante	
<input type="checkbox"/> 4.	non, au chômage ou à la recherche d'un emploi	
<input type="checkbox"/> 5.	non, autre situation (invalidité, pension, ...)	
<input type="checkbox"/> 6.	oui	13 <input type="checkbox"/>
si vous avez un emploi actuellement, est-ce le même emploi qu'il y a un an ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui
si non, quelle est votre profession actuelle ? (<i>Préciser en clair et cochez la case correspondante</i>)		
précisez :		
<input type="checkbox"/> 1.	agricultrice exploitante	
<input type="checkbox"/> 2.	commerçante, artisan	
<input type="checkbox"/> 3.	cadre (profession libérale, professeur, ingénieur)	
<input type="checkbox"/> 4.	profession intermédiaire, cadre moyen (instituteur, infirmier, technicien)	
<input type="checkbox"/> 5.	employée de bureau, administrative de la fonction publique	
<input type="checkbox"/> 6.	employée de commerce	
<input type="checkbox"/> 7.	personnel de service aux particuliers	
<input type="checkbox"/> 8.	ouvrière qualifiée, chauffeur	
<input type="checkbox"/> 9.	ouvrière non qualifiée, manutentionnaire	15 <input type="checkbox"/>
Travaillez-vous :		
<input type="checkbox"/> 1.	à temps plein	
<input type="checkbox"/> 2.	à temps partiel	16 <input type="checkbox"/>
Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ? <input type="text"/> <input type="text"/>		17 <input type="text"/> <input type="text"/>

8.	Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?		
	<input type="checkbox"/> 1. moins de 450 euros par mois		
	<input type="checkbox"/> 2. de 451 à 800 euros		
	<input type="checkbox"/> 3. de 801 à 1500 euros		
	<input type="checkbox"/> 4. de 1501 à 2300 euros		
	<input type="checkbox"/> 5. de 2301 à 3000 euros		
	<input type="checkbox"/> 6. de 3001 à 3800 euros		
	<input type="checkbox"/> 7. de 3801 à 4500 euros		
	<input type="checkbox"/> 8. plus de 4500 euros	18	<input type="checkbox"/>
9.	Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour nourrir votre famille ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes	19	<input type="checkbox"/>
10.	Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour les besoins en vêtements de votre famille ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes	20	<input type="checkbox"/>
11.	Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer le loyer, les frais de chauffage ou d'électricité de votre logement ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes	21	<input type="checkbox"/>
12.	Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer des soins médicaux ou des médicaments pour vous ou votre famille ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes	22	<input type="checkbox"/>
13.	Au cours de l'année écoulée, est-il arrivé que votre compte bancaire ou postal soit à découvert ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non		
	<input type="checkbox"/> 1. oui, de façon exceptionnelle		
	<input type="checkbox"/> 2. oui, c'est arrivé plusieurs fois		
	<input type="checkbox"/> 3. oui, c'est arrivé fréquemment	23	<input type="checkbox"/>
14.	Avez-vous une mutuelle complémentaire santé ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	24 <input type="checkbox"/>
15.	Bénéficiez-vous de la couverture médicale universelle (CMU) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25 <input type="checkbox"/>

Soins et activités avec l'enfant participant à EDEN

1a. Depuis que votre enfant a commencé à marcher, avez-vous fait des aménagements dans votre logement pour limiter les risques d'accident ?

|_|0. non |_|1. oui

1 |_|

si oui,

. caches prises électriques :

|_|0. non |_|1. oui

2 |_|

. barrière d'escalier intérieur :

|_|0. non |_|1. oui |_|2. pas d'escalier

3 |_|

. rangement des produits pour le ménage ou le bricolage

dans un endroit inaccessible à l'enfant :

|_|0. non |_|1. oui

4 |_|

1b. Avec quelle fréquence, vous la maman, ou quelqu'un d'autre à la maison, faites-vous ces activités avec votre enfant ?

	1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----
	chaque jour ou presque	3-5 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	moins d'1 fois par semaine	jamais ou presque jamais

chanter

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

5 |_|

écouter de la musique

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

6 |_|

lire une histoire ou montrer des images dans un livre

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

7 |_|

dessiner, peindre

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

8 |_|

jouer avec des gommettes, de la pâte à modeler

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

9 |_|

jouer avec des jeux à la maison

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

10 |_|

l'emmener se promener

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

11 |_|

jeux physiques (ballon...)

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

12 |_|

2. Souhaiteriez-vous que le père de votre enfant s'en occupe davantage ?

|_|0. non |_|1. oui

13 |_|

3. Est-ce que le partage des tâches liées à votre enfant représente une source de tension ou de dispute avec le père ?

|_|0. non |_|1. oui

14 |_|

4. Avec quelle fréquence votre enfant voit-il ses grands-parents paternels ou maternels, ou au moins l'un d'entre eux ?

|_|1. il est gardé par eux ou vit avec eux

|_|2. au moins 1 fois par semaine

|_|3. 2 à 4 fois par mois

|_|4. plus rarement

|_|5. seulement au moment des vacances

|_|6. jamais ou presque

15 |_|

si jamais ou presque

|_|1. ses grands-parents sont décédés

|_|2. ses grands-parents habitent très loin

|_|3. vous et votre partenaire n'avez pas de relation avec ses grands-parents

|_|4. autre situation, précisez :

16 |_|

Événements de vie au cours de la dernière année

1. Depuis que votre enfant a 2 ans, vous est-il arrivé un des événements suivants et si oui comment l'avez-vous vécu ?

Décès d'un proche : partenaire, parent, frère ou sœur	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	1	<input type="text"/>
Décès d'un enfant (y compris enfant mort-né)	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	2	<input type="text"/>
Séparation de votre couple	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	3	<input type="text"/>
Difficultés financières	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	4	<input type="text"/>
Expulsion de votre logement, nécessité de vous reloger	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	5	<input type="text"/>
Incendie, inondation ou désastre majeur dans votre logement	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	6	<input type="text"/>
Accident de circulation sérieux, que vous soyez automobiliste, cycliste ou piéton	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	7	<input type="text"/>
Problèmes sérieux de santé pour vous-même	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	8	<input type="text"/>
Problèmes sérieux de santé pour un proche	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	9	<input type="text"/>
Perte de votre travail	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	10	<input type="text"/>
Perte du travail de votre partenaire	<input type="text"/> 0 pas survenu	<input type="text"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="text"/> 2 très éprouvant	<input type="text"/> 3 extrêmement éprouvant	11	<input type="text"/>
Vous avez eu des problèmes avec la justice						

	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	12	<input type="checkbox"/>	
Votre partenaire a eu des problèmes avec la justice, emprisonnement							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	13	<input type="checkbox"/>	
Votre partenaire a eu des problèmes d'alcool ou de drogue							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	14	<input type="checkbox"/>	
Votre partenaire vous a frappé ou a exercé d'autres brutalités physiques contre vous							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	15	<input type="checkbox"/>	
Votre partenaire a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	16	<input type="checkbox"/>	
Votre partenaire vous a harcelé ou a contrôlé toutes vos activités							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	17	<input type="checkbox"/>	
Autre événement éprouvant							
	<input type="checkbox"/> 0 pas survenu	<input type="checkbox"/> 1 moyennement éprouvant	<input type="checkbox"/> 2 très éprouvant	<input type="checkbox"/> 3 extrêmement éprouvant	18	<input type="checkbox"/>	
si autre, lequel :							
2.	Depuis que votre enfant a eu 2 ans, vous est-il arrivé un événement particulièrement heureux ou positif ?				<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	19	<input type="checkbox"/>
si oui, lequel :							
.....							

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire

Ce questionnaire a été rempli par :

1. ☐ la mère seule
2. ☐ la mère avec quelqu'un d'autre : précisez.....
3. ☐ quelqu'un d'autre : précisez.....

☐