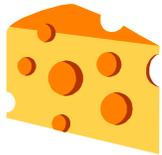




Questionnaire EDEN



Auto-questionnaire Alimentation 1





Etude des Déterminants pré et post natals
EDEN
 du développement et de la santé de l'ENfant

Inserm
 Institut national
 de la santé et de la recherche médicale



Nom :

Prénom :

N° d'Identification : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de remplissage : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Auto-questionnaire alimentaire I

*Ne rien inscrire
dans cette colonne*

CE QUESTIONNAIRE PORTE SUR VOTRE ALIMENTATION HABITUELLE pendant l'année précédant LE DÉBUT 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 de l'année AVANT LE DEBUT 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 **3 fois** des abats **au cours de l'année**, 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

| 13 |_

D. Poisson : pendant l'année précédant LE DEBUT 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="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 poisson à l'huile (thon, sardines, ...)	<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 poisson fumé ou salé (saumon, hareng, ...)	<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 poisson pané	<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 plats cuisinés à base de poisson	<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 coquillages et des crustacés (moules, huîtres, crevettes)	<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"/>

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. Thon en boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. Sardines fraîches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. Sardines en boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. Maquereau frais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Maquereau en boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. Saumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
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

|_

|_

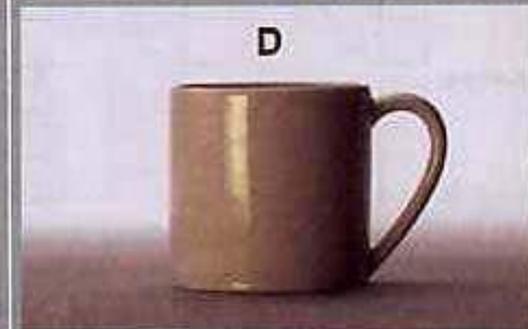
|_

|_

| 11 |_

TASSES - BOLS

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



E. Lait et produits laitiers : pendant l'année précédant LE DEBUT 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	2	3	4	5	6	7	8	
	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	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	14 <input type="checkbox"/>

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

| 15 |_

**F. Corps gras crus et sauces : pendant l'année précédant LE DEBUT 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE,
avec quelle fréquence avez-vous consommé...?**

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

5. du gratin dauphinois

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

|_ |

| 5

|_ |

I. **Biscuits, gâteaux et sucreries : pendant l'année précédant LE DEBUT 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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

| 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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|

10

|_

K. **Légumes crus (crudités) : pendant l'année précédant LE DEBUT 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) : pendant l'année précédant LE DEBUT 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"/>		

|_

|_

|_

|_

|_

|_

|_

| 12 |_

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 consommiez généralement pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE.

	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
1. steak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	1 <input type="checkbox"/>
2. viande en sauce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	2 <input type="checkbox"/>
3. charcuterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	3 <input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	4 <input type="checkbox"/>
5. frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	5 <input type="checkbox"/>
6. pâtes en accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	6 <input type="checkbox"/>

	« A »	« B »	« C »	Aliments non consommés	
7. haricots verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	7 <input type="checkbox"/>
8. crudités en entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	8 <input type="checkbox"/>
9. tarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	9 <input type="checkbox"/>

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

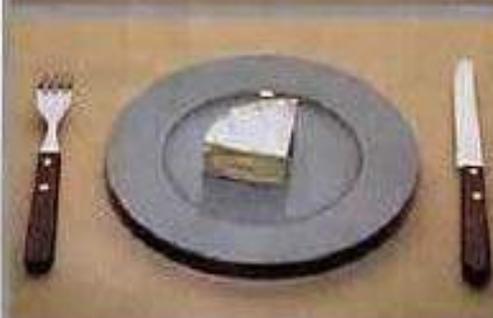
10



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 : pendant l'année précédant LE DEBUT 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.

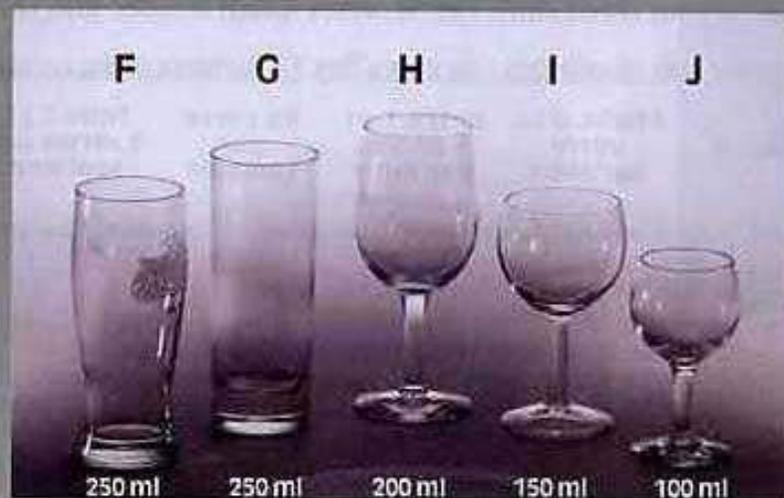
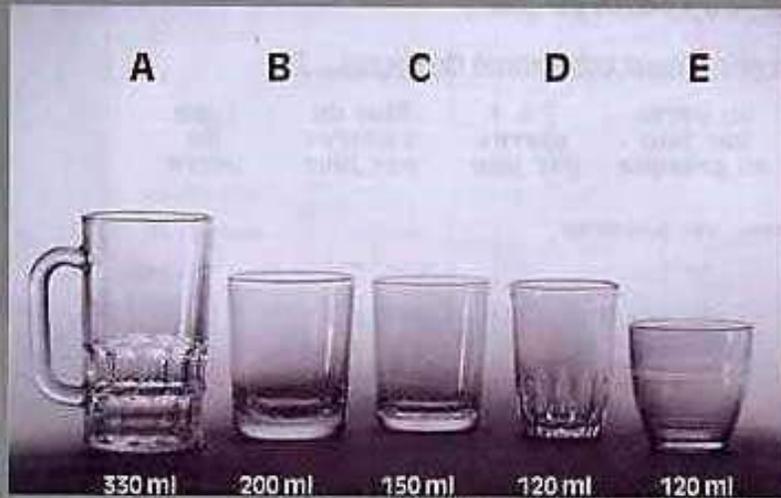
	1 Aucun	2 Moins d'un verre par mois	3 Entre 1 et 3 verres par mois	4 Un verre par semaine	5 Entre 2 et 5 verres par semaine	6 Un verre par jour ou presque	7 2 à 4 verres par jour	8 Plus de 4 verres par jour	9 Type de verre (p. 26)			
1. de jus d'oranges, de pamplemousses, d'ananas, de pommes, de raisins	<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. de sirop	<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. de cola non « light » (type Coca-Cola ou Pepsi)	<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"/>
4. de cola « light » (type Coca-Cola ou Pepsi « light »)	<input type="checkbox"/>	<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"/>
5. de limonade ou de soda (type Sprite, Fanta, Ice Tea, ...) non « light »	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
6. de soda (type Sprite, Fanta, ...) « light »	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
7. d'eau minérale ou du robinet	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8. de café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. de thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Type de
tasse (p.7)

| | | | | | | | | | 9 | |

VERRES

Choisissez la lettre correspondant au verre que vous avez utilisé



N. **Boissons alcoolisées : pendant l'année précédant LE DEBUT 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.

Pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE, vous est-il arrivé de consommer au moins 4 verres de boissons alcoolisées à une même occasion (fête, réunions familiales ou amicales, repas...) :

1 3 fois ou plus par semaine

2 1 à 2 fois par semaine

3 2 à 3 fois par mois

4 1 fois par mois

5 très rarement

6 jamais

1

Pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE :

A partir de combien de verres ressentiez-vous les effets de l'alcool ?

1

Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

0. non 1. oui

2

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques sur votre consommation d'alcool ?

0. non 1. oui

3

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

0. non 1. oui

4

O. **Matières grasses : pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE,**

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

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
	beurre	margarine	végétaline	huile d'arachide	huile de tournesol	huile de colza	huile d'olive	huile de maïs	huile mélangée	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"/>	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"/>	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"/>	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. **Pendant l'année précédant LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE,**

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

	1	2	3	4	5		
	Jamais	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 à 5 fois par semaine	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"/>
<u>Vous arrive-t-il de manger entre ces repas et collations ?</u>							
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
- 8. après le repas du soir

7

8

Q. Pendant les 3 MOIS précédant votre grossesse, avez-vous pris des suppléments en vitamines et minéraux sous forme de comprimés, ampoules, sachets ... :

0. non 1. oui 1

Si oui, cette prise de vitamines et minéraux a été : 1. occasionnelle 2

2. régulière ou presque

S'agissait-il d'un mélange de vitamines et/ou minéraux : 0. non 1. oui 1

Si non, les vitamines ou minéraux que vous avez pris au cours de ces trois mois étaient-ils :

(cochez la ou les cases correspondantes) 1. de la vitamine A ou du carotène 1

2. de la vitamine B2 ou riboflavine 2

3. de la vitamine B6 ou pyridoxine 3

4. de la vitamine B9 ou acide folique 4

5. de la vitamine C 5

6. de la vitamine E 6

7. du calcium 7

8. du cuivre 8

9. du fer 9

10. de l'iode 10

11. du zinc 11

12. du sélénium 12

Avez-vous ou avez-vous eu des nausées ou des vomissements depuis le début de votre grossesse ? 0. non 1. oui 1

Si oui, s'agit-il ou s'agissait-il ? 1. de simples nausées 1

2. de vomissements rares (moins d'une fois/semaine) 2

3. de vomissements fréquents (au moins une fois/semaine) 3

Ces nausées ou vomissements vous ont-ils obligée :

à manger moins 0. non 1. oui 1

à manger plus 0. non 1. oui

à cesser de consommer certains aliments ou certaines boissons 0. non 1. oui 2

si oui, lesquels :

Avez-vous rempli ce questionnaire :

1. seule 2. avec quelqu'un

1

Merci de répondre à ces quelques questions supplémentaires qui nécessitent que vous retourniez à votre carnet de santé ou que vous obteniez les informations auprès de votre maman.

Quel était votre poids de naissance ? , kg

Etes-vous née plus d'un mois **avant** le terme prévu de votre naissance :

0. non 1. oui 2. ne sait pas

1

Votre mère vous a-t-elle nourri au sein ?

0. non 1. oui 2. ne sait pas

2

Votre mère a-t-elle fumé pendant la grossesse quand elle vous attendait ?

0. non 1. oui 2. ne sait pas

3

Votre mère a-t-elle pris du DES (distilbène) pendant la grossesse quand elle vous attendait ?

0. non 1. oui 2. ne sait pas

4

Bravo et merci, vous êtes arrivée à la fin du questionnaire