

# QUESTIONNAIRE MEDICAL



**NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **Date de Naissance :** .....

**Profession :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** ..... **Code postal :** .....

**Téléphone fixe :** ..... **Portable :** .....

**Email :** .....

**Médecin généraliste :** .....

**Gynécologue Obstétricien :** .....

**Sage-femme libérale :** .....

- Quelle est la date du premier jour de vos dernières règles ? .....

- Avez-vous eu des traitements pour obtenir cette grossesse ? OUI / NON

Si oui, lesquels : .....

Date de ponction pour FIV/ICSI :

Date du transfert d'embryon(s) :

- Quel est votre poids avant la grossesse ? .....

- Quelle est votre taille ? .....

- Prenez-vous régulièrement des médicaments ? OUI / NON

Si oui, précisez : .....

- Avez-vous des allergies ? OUI / NON

Si oui, lesquelles : .....

- Avez-vous une maladie particulière ? OUI / NON

Si oui, précisez : .....

- Avez-vous déjà présenté l'un des problèmes suivants ?

• Hypertension artérielle : OUI / NON

• Diabète : OUI / NON

• Infections urinaires à répétition : OUI / NON

• Problèmes de coagulation (phlébite...) : OUI / NON

• Autres : .....

- Avez-vous déjà été opérée ? OUI / NON

Si oui, précisez : .....

- Avez-vous eu des problèmes gynécologiques ? OUI / NON

Si oui, précisez : .....

- Avez-vous déjà eu une fausse-couche spontanée ou une grossesse extra-utérine ? OUI / NON

Si oui, année : .....

- Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) ? OUI / NON

Si oui, combien : .....

- Avez-vous déjà eu une interruption médicale de grossesse ? OUI / NON

Si oui, combien : .....

- Est-ce votre première grossesse ? OUI / NON

Si non, merci de remplir ci-dessous :

	Année	Sexe	Poids	Mode d'accouchement*	Hémorragie	Type d'anesthésie	Complications
1							
2							
3							
4							
5							
6							

\* voies naturelles/césarienne/forceps

- Y a-t-il dans votre famille ou celle du père, des maladies, handicaps ou problèmes de santé récurrents notables ? .....

- Autres informations sur votre état de santé que vous souhaitez préciser ?.....

- Lieu d'accouchement souhaité : .....

**Merci**

# LISTE DES DOCUMENTS NECESSAIRES POUR VOTRE CONSULTATION

## Pensez à rapporter :

- Le questionnaire médical complété
- La fiche de consentement
- La carte de groupe sanguin
- Tous les résultats d'examens en votre possession de moins de 3 ans (biologie, frottis...)
- Les comptes rendus :
  - des échographies éventuellement déjà pratiquées pour cette grossesse (avec les images)
  - des interventions chirurgicales (y compris césarienne)
- Le carnet de santé
- La carte vitale et/ou l'attestation de sécurité sociale (CMU et mutuelle le cas échéant)
- Tout autre document qui vous semble important

# FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussignée Mme ....., née le ....., déclare avoir lu le document d'informations sur ma prise en charge au centre **PRéGnanT·SEE** et avoir pu en discuter avec l'équipe médicale.

## Sur la base de ces informations :

- J'accepte librement et volontairement la prise en charge par le centre **PRéGnanT·SEE** pour la prévention des risques maternels et fœtaux de la grossesse avec ou non le dépistage précoce des anomalies chromosomiques.
- Je donne mon consentement pour l'utilisation par le centre **PRéGnanT·SEE** des données médicales issues des consultations, échographies et prélèvements biologiques qui seront réalisés au décours de mon suivi de grossesse.

J'ai bien compris :

- que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à ces recherches ;
- que l'ensemble de ces données sera utilisé de manière anonyme et à des fins de recherche scientifique. Dans ce but, et sauf demande contraire de ma part, l'équipe du centre **PRéGnanT·SEE** pourra être amenée à me contacter afin de recueillir des informations complémentaires sur l'issue de ma grossesse.

*Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi " Informatique et libertés ". Vous acceptez que les données médicales vous concernant ainsi que celles relatives à vos habitudes de vie recueillies à l'occasion de ces recherches puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par les investigateurs. Les données médicales vous concernant, nécessaires compte tenu de l'objet des recherches, font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que dans des conditions garantissant leur confidentialité. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du centre **PRéGnanT·SEE**.*

*Votre participation à ces études n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire et ne pourra donner lieu à aucune indemnisation ou compensation matérielle ou financière.*

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponses à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement que les données médicales issues de mon suivi soient utilisées.

J'ai bien noté que, pour pouvoir participer à ces recherches, je dois bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Je confirme que c'est bien le cas.

Si je le souhaite, je pourrai être informée des résultats globaux des recherches menées par le centre **PRéGnanT·SEE**.

Fait à ....., le : ..... Signature :