



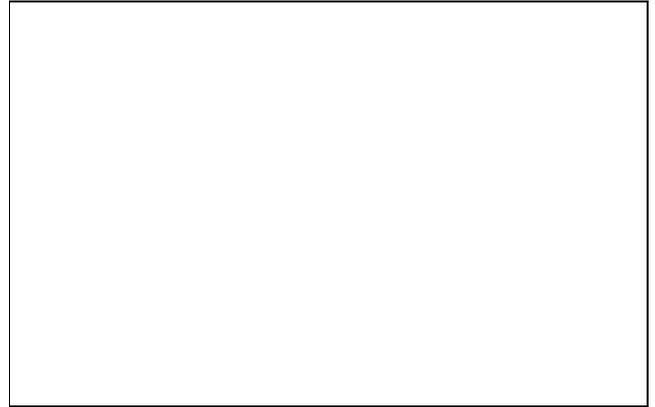
CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-1734



GARE / QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À VOTRE PREMIÈRE VISITE DE GROSSESSE

Madame,

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour compléter le questionnaire suivant avant votre première visite à la clinique de grossesse à risque élevée (GARE). Vous devrez apporter ce questionnaire complété lors de votre premier rendez-vous, ainsi que le document suivant :

Votre liste de médicaments à jour incluant les produits naturels, si applicable.

Nous vous remercions à l'avance.

L'équipe de la clinique GARE.

Antécédents menstruels

Durée du cycle : _____ jours

Régulier Irrégulier

Date du test de grossesse positif : _____

Date du 1^e jour des dernières menstruations : _____

Information sur le conjoint

Nom : _____

Prénom : _____

Âge : _____

Groupe ethnoculturel : Autochtone Canadien Caucasien Nord africain Africain Des Caraïbes
 Hispanique/Latino-américain Asiatique Indien Européen Moyen-oriental Inconnu Autres

Problèmes médicaux : Aucun Si oui, veuillez préciser : _____

Antécédents familiaux : Aucun Si oui, veuillez préciser : _____



HSJ-1734

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Antécédents personnels

- Maladies cardiaques
- Hypertension
- Maladies rénales
- Diabète
- Problème de glande thyroïde
- Épilepsie
- Suivi psychologue ou psychiatre
- Antécédents chirurgicaux
- Asthme
- Histoire de varicelle ou déjà été vacciné
- VIH
- Hépatite B
- Hépatite C
- Herpès génital
- Herpès génital du conjoint
- Déjà fait des ITSS (infections transmissibles sexuellement ou par le sang)
- Thrombophlébite (caillot dans une jambe)
- Anomalie hématologique (anomalie du sang)
- Déjà reçu une transfusion de sang

Précisez :

Antécédents familiaux

	Aucun	Père	Mère	Frère	Sœur
Hypertension					
Diabète					
Problème cardiaque					
Grossesse de jumeaux ou triplets					
Maladies génétiques					
Maladies congénitales (maladie présente dès la naissance)					
Thrombophilie					
Complications lors des grossesses ou accouchements					



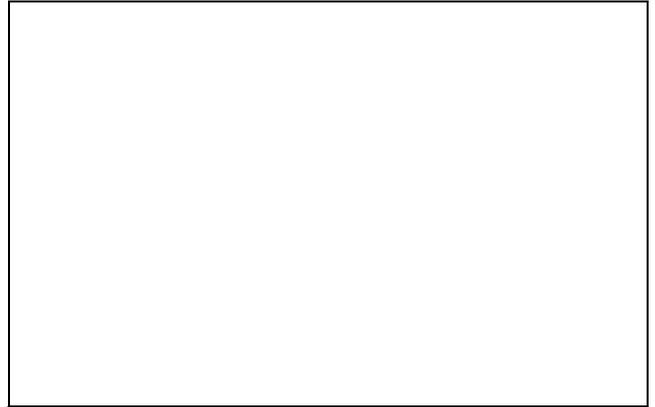
CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-1734



GARE / QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À VOTRE PREMIÈRE VISITE DE GROSSESSE

Grossesses antérieures

	Date d'accouchement	Lieu d'accouchement	Durée de la grossesse	Particularités	Mode d'accouchement 1-Fausse couche 2-Avortement 3-Vaginal 4-Césarienne	Enfant Poids : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
1						Poids : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
2						Poids : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
3						Poids : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
4						Poids : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X

Signature de l'usager : _____

Date : ____ / ____ / ____

Révisé par l'infirmière : _____

Date : ____ / ____ / ____