



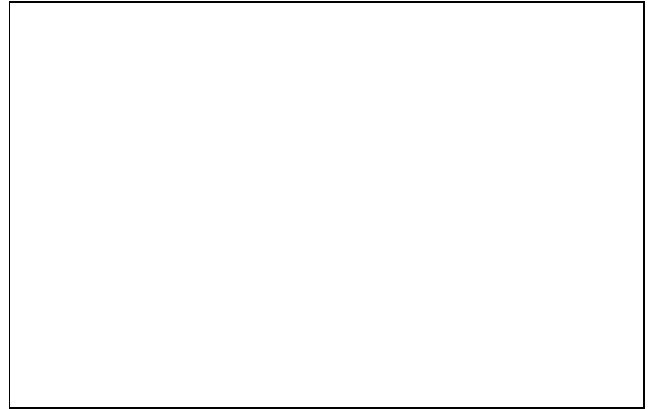
**CHU Sainte-Justine**

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<sup>e</sup> jour des dernières menstruations : \_\_\_\_\_

### Information sur le conjoint

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

**Groupe ethnoculturel :**  Autochtone    Canadien Caucasiens    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
<b>Hypertension</b>					
<b>Diabète</b>					
<b>Problème cardiaque</b>					
<b>Grossesse de jumeaux ou triplets</b>					
<b>Maladies génétiques</b>					
<b>Maladies congénitales (maladie présente dès la naissance)</b>					
<b>Thrombophilie</b>					
<b>Complications lors des grossesses ou accouchements</b>					



**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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_