



Nom et prénom :

Bonjour,

Vous aurez prochainement votre 1ère visite au GMF La Cigogne pour la prise en charge de votre grossesse. Nous vous remercions de prendre le temps de remplir le questionnaire suivant et de l'apporter avec vous lors du rendez-vous ainsi que :

1. Votre liste de médicaments à jour ()
2. Votre carnet de vaccination ()

Voici quelques questions à préparer :

1. Le premier jour de votre dernière menstruation : _____
2. Votre cycle () régulier aux ___ jours **OU** () irrégulier
3. Date du 1er test de grossesse positif : _____
4. Taille : _____ Poids : _____ avant la grossesse
5. Allergie(s) : _____
6. Votre pays d'origine : _____
7. Problèmes médicaux personnels (ex ; maladie cardiaque, hypertension (haute pression), maladie rénale, diabète, problème de glande thyroïde, épilepsie, suivi psychologue ou psychiatre, dépression, anxiété, opérations(chirurgies), asthme, hépatite B ou C, herpes génitale chez vous **ou** votre partenaire sexuel, ITSS (infections transmissibles sexuellement ou par le sang), thrombophlébite ou embolie pulmonaire (caillot dans une jambe ou un poumon), autre anomalie du sang, transfusions de sang reçu dans le passé...
Précisez : _____



8. Avez-vous déjà eu la varicelle : oui () non () ne sait pas () vaccin reçu ()
9. Problèmes médicaux dans la famille (ex : diabète, hypertension (haute pression), phlébite ou embolie pulmonaire (caillot de sang dans une jambe ou un poumon), complications de grossesse (ex. pré-éclampsie, haute pression, travail prématuré), malformations à la naissance, maladie cardiaque, maladie génétique. Précisez :

10. Historique des grossesses

	Date de l'accouchement	Lieu	Nombre de semaines	Mode d'accouchement Vaginal (A) Césarienne (C)	Particularités ou complications pour la grossesse ou le bébé	Enfant (sexe F ou M)
1						Sexe : Poids :
2						Sexe : Poids :
3						Sexe : Poids :
4						Sexe : Poids :



11. Nombre de fausse(s) couche(s) : Nombre d'avortement(s) :

12. Information sur le père du bébé

Nom : _____ Métier : _____

Problème(s) de santé connus :

Maladie ou anomalies congénitales dans la famille (par exemple, maladie génétique, maladie ou malformation cardiaque) :

Pays d'origine : _____

13. Est-ce que vous ou le père du bébé avez au moins un grand-parent biologique né dans l'une des régions suivantes : Saguenay–Lac-Saint- Jean, Charlevoix, Haute-Côte-Nord

Oui () Non ()

Si oui, nous vous invitons à consulter ce site :

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-%20de-tests-de-porteur/tests-de-porteur-maladies-hereditaires-recessive/>



Maintenant que votre questionnaire est rempli, veuillez :

14. Ouvrir votre portail ()
15. Vous assurez de savoir comment vous inscrire au sans rendez-vous ()
16. Vous informer sur le dépistage prénatal de la trisomie 21 **ET vérifier votre si votre assurance couvre ce test en clinique privée et ce, avant le premier rendez-vous car cette information peut guider votre choix et la prescription médicale qui suivra.** ()

Programme gouvernemental de dépistage;
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-de-tests-de-porteur/programme-de-depistage-prenatal-de-la-trisomie-21/>

17. Consulter notre site internet pour plus d'informations

www.gmflacigogne.com

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter :

info@gmflacigogne.com

Au plaisir de vous rencontrer
L'équipe du GMF La Cigogne