



Questionnaire de santé femme enceinte

Il est nécessaire de le remplir avant votre accompagnement en Activités Physiques Adaptées

(<https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide-apsetmaternite.pdf> : questionnaire mis au point par la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice www.scpe.ce.fr)

Ce questionnaire permet de mieux vous connaître avant votre accompagnement.

En tant que praticienne en Activité Physique Adaptée & Santé, il est important pour moi d'avoir ces informations de santé afin d'optimiser les séances et de répondre au mieux à vos besoins et attentes.

Les réponses à ce questionnaire sont **strictement confidentielles** et ne seront en aucun cas divulguées. Elles seront conservées le temps de votre accompagnement. Vous pouvez les récupérer et les modifier à tout moment.

Je vous remercie d'avance pour votre retour.

Belle journée à vous.

Julie

***Obligatoire**

Adresse e-mail*

Votre adresse e-mail :

Je consens à remplir ce questionnaire*

Oui

Non

A - RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

NOM Prénom*

Votre réponse :

Téléphone*

Votre réponse :

Votre adresse

Votre réponse :

Date de naissance*

Date :

Nom du professionnel de santé en charge de votre suivi de grossesse*

Votre réponse :

Téléphone du professionnel de santé en charge de votre suivi de grossesse*

Votre réponse :

B- LISTE DE VERIFICATIONS AVANT EXERCICES

PARTIE 1 : Etat de santé générale

Avez- vous déjà: *

1- Vécu une fausse couche ?

Oui
Non

2- Eu des complications lors d'une grossesse précédente ? *

Oui
Non

3- Rempli ce questionnaire au cours des 30 derniers jours? *

Oui
Non

Si vous avez répondu "oui" à la question 1 ou 2, veuillez préciser : *

Votre réponse :

Nombre de grossesse(s) avant celle- ci : *

Votre réponse :

Nombre de fausses couches avant celle- ci? *

Sélectionner

PARTIE 2 : Etat de la grossesse actuelle

Date prévue de l'accouchement : *

Date :

Au cours de la grossesse actuelle, avez-vous éprouvé un ou plusieurs des symptômes suivants: *

1- Fatigue excessive ? *

Oui
Non

2- Saignements vaginaux ? *

Oui
Non

3- Evanouissements ou étourdissements inexplicables ? *

Oui
Non

4- Douleurs abdominales inexplicables ? *

Oui
Non

5- Gonflement soudain des chevilles, des mains ou du visage ? *

Oui
Non

6- Maux de tête persistants ou problèmes associés ? *

Oui
Non

7- Gonflement, douleur ou rougeur à un mollet ? *

Oui
Non

8- Absence de mouvement du fœtus après le 6ème mois ? *

Oui
Non

9- Absence de gain de poids après le 5ème mois ? *

Oui
Non

Si vous avez répondu "oui" à une ou plusieurs des questions précédentes, veuillez préciser: *

Votre réponse :

PARTIE 3: Habitudes en matière d'activité physique au cours du dernier mois

1- Enumérez uniquement les activités physiques ou sportives de conditionnement physique ou de loisirs pratiquées régulièrement: *

a- Intensité*

Elevée
Modérée
Faible

b- Fréquence (fois/semaine) *

1 à 2
2 à 4
4 +

c- Durée (minutes/jour) *

<20
20 à 40
40 +

2- Votre occupation courante (au travail/ à la maison suppose-t-elle: *

a- Le port d'objet lourd ? *

Oui
Non

b- Une fréquence de marche/montée d'escaliers élevée ? *

Oui
Non

c- De la marche occasionnelle (>1fois/heure) ? *

Oui
Non

d- L'adoption d'une position debout prolongée ? *

Oui
Non

e- L'adoption d'une position assise prolongée ? *

Oui
Non

f- Des activités quotidiennes normales ? *

Oui
Non

3- Fumez-vous actuellement la cigarette ? *

Oui
Non

4- Consommez-vous de l'alcool ? *

Oui
Non

PARTIE 4 : Intentions quant à l'activité physique

1- Quelles activités physiques avez-vous l'intention de pratiquer ?

Votre réponse :

2- S'agit-il d'un changement par rapport à ce que vous faites actuellement ?

Oui
Non

QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT ? *

Votre réponse :

C- CONTRE-INDICATIONS A L'EXERCICE

Cette partie doit être remplie par votre professionnel de santé vous suivant lors de votre grossesse.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES: *

Les situations suivantes s'appliquent-elles à la patiente?

1- Membranes rompues, travail prématuré ? *

Oui
Non

2- Saignements persistants au 2ème ou au 3ème trimestre (placenta praevia) ? *

Oui
Non

3- Hypertension liée à la grossesse ou prééclampsie ? *

Oui
Non

4- Bécance du col utérin ? *

Oui
Non

5- Indices de retard de croissance intra-utérin ? *

Oui
Non

6- Grossesse de rang élevé (p.ex/triplés) *

Oui
Non

7- Diabète de type 1 non contrôlé, hypertension ou maladie thyroïdienne, autres maladies cardiovasculaires ou respiratoires graves ou troubles systémique ? *

Oui
Non

SITUATION(S) REQUERANT UNE ATTENTION PARTICULIERE :

Les situations s'appliquent-elle à la patiente ?

1- Antécédents de fausse couche ou de travail prématuré lors de grossesse antérieures ?*

Oui
Non

2- Maladie cardiovasculaire ou respiratoire légère ou modérée (p.ex. hypertension chroniques, asthme) ? *

Oui
Non

3- Anémie ou carence en fer (Hb<100 g/l) ?*

Oui
Non

4- Malnutrition ou trouble de l'alimentation (anorexie, boulimie) ? *

Oui
Non

5- Grossesse gémellaire après la 28ème semaine ? *

Oui
Non

Autre trouble médical important ? *

Oui
Non

RECOMMANDATIONS QUANT A L'ACTIVITE PHYSIQUE*

Recommandée/approuvée
Contre-indiquée

Questionnaire à envoyer à l'adresse suivante : juliekarayaneapa@gmail.com