



# Questionnaire de santé femme en post-partum

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

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 répondre à ce questionnaire\***

Oui

Non

## **PARTIE 1- 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 post-partum\***

Votre réponse :

**Téléphone du professionnel de santé en charge de votre suivi post-partum\***

Votre réponse :

## **PARTIE 2- LISTE DE VERIFICATIONS AVANT EXERCICES**

**1- Vous êtes à combien de semaines post-accouchement ?\***

Votre réponse :

**2- Quel a été le type de votre accouchement ?\***

Voie basse

Césarienne

**3- Avez- vous accouché au terme ?\***

Oui

Non

**a- Si non, à combien de semaines de d'aménorrhées avez-vous accouché ? \***

Votre réponse :

**Allaitez- vous? \***

Oui

Non

Autre :

**4- Avez- vous débuter votre rééducation périnéale et/ou abdominale? \***

Oui

Non

**5- Avec quel(le) professionnel(le) de santé réalisez- vous votre rééducation ?\***

Sage- femme

Kinésithérapeute

Autre :

**6- Quelle rééducation avez- vous débuté ? (périnéale et/ou abdominale)\***

rééducation périnéale

rééducation abdominale

pas encore

**a- Si oui, combien de séances avez-vous réalisées ?\***

Votre réponse :

**7- Avez- vous des douleurs ou des blessures ?**

**(inscrire vos principales limitations)\***

Votre réponse :

**8- Etes vous atteinte de pathologie(s) chronique(s)\***

Oui

Non

**a- Si oui, précisez :\***

Votre réponse :

### **PARTIE 3: HABITUDES DE PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE AU COURS DU DERNIER MOIS**

#### **1- Nombre de pas/jour \***

- <1 000
- 1 000 à 4 000
- 4 000 à 7 000
- 7 000 à 10 000
- 10 000 +

#### **2- Avez-vous repris une activité physique ?\***

- Oui
- Non

#### **a- Si oui, quel type d'activité(s) physique(s)\***

Votre réponse :

#### **b- Intensité ?\***

- Faible
- Moyenne
- Elevée

#### **c- Fréquence (fois/semaine) ? \***

- 1 à 2
- 2 à 4
- 4 +

#### **d- Durée (minute/jour)\***

- <20
- 20 à 40
- 40 +

### **PARTIE 4: QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT ?\***

Questionnaire à envoyer à l'adresse suivante : [juliekarayaneapa@gmail.com](mailto:juliekarayaneapa@gmail.com)