



Questionnaire de première rencontre

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance:.....

Antécédents

Avez-vous des problèmes de santé, lesquels?.....
.....

Prenez-vous des médicaments, lesquels?.....
.....

Avez-vous des allergies, lesquelles?.....
.....

Avez-vous déjà été opérée?
si oui, de quoi?.....
.....

Avez-vous des problèmes gynécologiques, lesquels?.....
.....

Etes-vous suivi par un médecin spécialiste, lequel?.....

Grossesses précédentes

Année						
IVG, Fausse couche, Interruption médicale de grossesse						
Lieu accouchement						
Voie basse ou césarienne						
Poids de l'enfant						
Faits marquants (diabète, hypertension, prématurité, hémorragie,...)						