

HISTOIRE DE GROSSESSE

Date : _____

Nom de l'enfant : _____ Sexe : M F Date de naiss : _____ Age : _____

Nom de la mère : _____

Nombre d'enfants : _____

Durée de la grossesse : _____ semaines

PENDANT LA GROSSESSE AVEZ-VOUS EUT (cochez et décrire)

	Oui	Non	
Chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidents de voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accrochages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haute pression sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nausées matinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Indigestions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enflure des chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Saignements anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

DURANT LA GROSSESSE, AVEZ-VOUS CONSOMMÉ (cochez et décrire)

	Oui	Non	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____ Raison : _____
Médica. sans ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____ Raison : _____