



American Hospital of Paris

Département des Consultations Externes

Vous avez un projet de bébé...

L'Hôpital Américain de Paris vous accompagne



LA VISITE PRÉCONCEPTIONNELLE

Vous envisagez d'avoir un enfant.

Vous avez demandé à bénéficier d'une  
consultation préconceptionnelle.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir  
le questionnaire ci-après et de le rapporter  
lors de votre rendez-vous.



## QUESTIONNAIRE CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

### INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      Age : .....

Profession : .....

Poids : ..... Taille : .....

Origine géographique : .....

Lieu de vie : .....

### Votre mode de vie

Tabac (nombre de cigarettes/jour) : .....  Cigarette électronique

Alcool (nombre de verres/semaine) : .....

Drogues : .....

Pratiques sportives : .....

Voyages récents :

.....

.....

.....

Séjour(s) en zone endémique de ZIKA  Oui  Non

Séjour(s) en zone endémique de paludisme  Oui  Non

Séjour(s) en zone endémique de VHB (hépatite B)  Oui  Non

## Vos antécédents

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

Traitements en cours, y compris psychotropes et somnifères :

.....

.....

.....

Antécédents thromboemboliques (embolie pulmonaire, phlébite) :

.....

.....

.....

**Antécédents chirurgicaux :**

.....  
.....  
.....

**Antécédents gynécologiques (salpingites, infections,...) :**

.....  
.....

Age des premières règles : .....

Cycles réguliers :  Oui  Non      Durée du cycle : .....

Contraception antérieure : .....

**Antécédents obstétricaux**

Grossesses antérieures : .....

Nombre d'accouchements / césariennes antérieurs : .....

Pré éclampsie, retard de croissance intra-utérin : .....

Fausses-couches spontanées précoces ou tardives : .....

Malformations fœtales, IMG : .....

**Antécédents d'Infertilité**

.....  
.....  
.....

Antécédents familiaux (embolie pulmonaire, phlébite), maladies génétiques familiales, cardiopathies :

.....

.....

.....

Y-a-t-il dans votre famille des antécédents de difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement, des malformations, cardiopathies, maladies génétiques connues, fausses couches à répétition, infertilité ?

.....

.....

.....

Age de ménopause de la mère : .....

Ancienneté du désir de grossesse : .....

Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

Rubéole    Coqueluche    Hépatite B    Diphtérie et Tétanos

Avez-vous eu la varicelle ?    Oui    Non

Etes-vous vaccinée contre la varicelle ?    Oui    Non

Avez-vous déjà été victime de violence / d'agression sexuelle :  Oui  Non

.....

Etes-vous déjà suivie en gynécologie ?  Oui  Non

Si oui, Nom et adresse du gynécologue :

.....

.....



## INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE CONJOINT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      Age : .....

Profession : .....

Poids : ..... Taille : .....

Origine géographique : .....

Lieu de vie : .....

### Votre mode de vie

Tabac (nombre de cigarettes/jour) : .....  Cigarette électronique

Alcool (nombre de verres/semaine) : .....

Drogues : .....

Pratiques sportives : .....

### Vos antécédents

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....



Traitements en cours, y compris psychotropes et somnifères :

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

Antécédents familiaux (embolie pulmonaire, phlébite), maladies génétiques familiales, cardiopathies :

.....

.....

.....

Y-a-t-il dans votre famille des antécédents de difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement, des malformations, cardiopathies, maladies génétiques connues, fausses couches à répétition, infertilité ?

.....

.....

.....

Avez-vous déjà des enfants d'une précédente union :  Oui  Non

## INFORMATIONS CONCERNANT LE COUPLE

Durée de vie commune : .....

Liens de parenté : .....

Notion de consanguinité dans les familles du couple  Oui  Non

Si oui, merci de préciser : .....

S'agit-il d'une première union :  Oui  Non

Si non, merci de préciser : .....

Enfin,

Avez-vous des questions face à la parentalité ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous des interrogations en particulier ?

.....  
.....  
.....