

# TRES IMPORTANT

## CONSIGNES DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

### A NE PAS FAIRE ☹️

- Ne pas dépasser de la case
- Ne pas cocher en dehors de la case
- Ne pas écrire au feutre ou au crayon à papier
- Ne pas rayer
- Ne pas griser la case
- Ne pas entourer

- ~~×~~ Réponse A
- Réponse A ~~×~~
- ~~×~~ Réponse A
- ~~—~~ Réponse A
- Réponse A
- Réponse A

### A FAIRE 😊

Réponse A

Ne pas écrire en lettres minuscules *Réponse*

R E P O N S E

Ecrire en majuscules  
(une lettre ou un chiffre par case)

Merci d'écrire avec **un stylo à encre noire**  
De cocher les cases «non» ou «jamais» quand vous n'êtes pas concerné(e)  
De ne pas barrer les pages si vous n'êtes pas concerné(e)

### A QUELLE DATE REMPLISSEZ-VOUS CE QUESTIONNAIRE ?

/  /  (JJ/MM/AAAA)

### CONTACT

Merci de compléter les informations suivantes :

Nom (ou nom d'épouse) :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

(JJ/MM/AAAA)

Quelles sont vos coordonnées ?

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse internet :

### COMMENTAIRES

Avez-vous des remarques, des commentaires ou des suggestions ?

# QUESTIONNAIRE DEPREARE

## Grossesse et Reproduction

**1. Combien de grossesses avez-vous eues** (y compris les fausses couches, grossesses extra-utérines, avortements volontaires ou médicaux et enfants morts-nés) ?

**2. Combien d'enfants avez-vous eus** (enfant né vivant ou mort né) ?

**3. Merci de remplir le tableau suivant consacré à l'ensemble de vos grossesses** (y compris les fausses couches, grossesses extra-utérines, avortements volontaires ou médicaux et enfants morts-nés)

Merci de commencer à compter le nombre de semaines depuis le 1er jour des dernières règles (environ 2 semaines avant la conception)

Année de fin de grossesse	Durée de la grossesse (semaines d'aménorrhée ou absence de règles)	Issue de la grossesse	Sexe de l'enfant F : fille G : garçon	Poids de naissance (en Kg)	Malformation(s) diagnostiquée(s) pendant la grossesse, ou depuis la naissance
<b>PREMIÈRE GROSSESSE</b>					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines <input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines <input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines <input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme) <input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse couche <input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale) <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Si grossesse multiple <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus <i>Préciser :</i> Sexe      Poids de naissance      Malformations <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>DEUXIÈME GROSSESSE</b>					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines <input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines <input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines <input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme) <input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse couche <input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale) <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Si grossesse multiple <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus <i>Préciser :</i> Sexe      Poids de naissance      Malformations <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>TROISIÈME GROSSESSE</b>					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines <input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines <input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines <input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme) <input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse couche <input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale) <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Si grossesse multiple <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus <i>Préciser :</i> Sexe      Poids de naissance      Malformations <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>QUATRIÈME GROSSESSE</b>					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines <input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines <input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines <input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme) <input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse couche <input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale) <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Si grossesse multiple <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus <i>Préciser :</i> Sexe      Poids de naissance      Malformations <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="text"/> Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si vous avez eu plus de 4 grossesses, merci de remplir le tableau situé à la dernière page de ce questionnaire

# Les questions suivantes ne concernent que VOTRE GROSSESSE LA PLUS RECENTE

(Quelle que soit l'issue de cette grossesse)

y compris fausse couche, grossesse extra-utérine, avortement volontaire ou médical et enfant mort-né

**4. Quel âge avait votre partenaire/conjoint au début de votre dernière grossesse ?**   ans

**5. Quel niveau de formation avait votre partenaire/conjoint au moment de cette grossesse ?**

- Niveau d'étude primaire     
  Brevet des collèges ou BEPC     
  Baccalauréat  
 BEP, CAP, Brevet Professionnel     
  BTS ou DUT     
  Au-delà du BAC+ 2

**6. Avant cette grossesse, avez-vous consulté vous-même ou votre conjoint un professionnel de santé pour des problèmes de fertilité ?**  Non  Oui

**Si oui, 6.1** Pour vous-même ?  Non  Oui

**6.2** Pour votre partenaire ?  Non  Oui

**7. Avez-vous eu recours à un traitement pour favoriser votre dernière grossesse ?**

Non  Oui

**Si oui, 7.1** Le(s)quel(s) : (plusieurs réponses possibles)

Traitement hormonal     
  Fécondation in vitro     
  Insémination artificielle

Autres, préciser :

**8. Au moment de la conception, utilisiez-vous (vous ou votre partenaire) un moyen de contraception ?**

Non  Oui

**Si oui, 8.1** Lequel ?

- Préservatif (masculin ou féminin)     
  Pilule contraceptive     
  Stérilet ou dispositif intra-utérin  
 Patch ou implant contraceptif     
  Diaphragme ou crème spermicide  
 Méthode(s) naturelle(s) (retrait, méthode Ogino ou des températures)  
 Autre(s) méthode(s)

**Si non, 8.2** Quelle était votre méthode de contraception **avant que vous n'essayiez d'être enceinte** ?

- Aucune contraception     
  Préservatif (masculin ou féminin)     
  Pilule contraceptive  
 Stérilet ou dispositif intra-utérin     
  Patch ou implant contraceptif     
  Diaphragme et/ou crème spermicide  
 Méthode(s) naturelle(s) (retrait, abstinence périodique, méthode Ogino ou des températures)  
 Autre(s) méthode(s)

**9. Pour être enceinte, avez-vous volontairement arrêté tout moyen de contraception ?**

Non  Oui

**Si oui, 9.1** Combien de semaines ou mois se sont déroulés entre l'arrêt de tout moyen de contraception et le début de la grossesse ?

Nombre de semaine(s) :    semaine(s)      **OU**      Nombre de mois :   mois

**10. Pouvez-vous indiquer dans quel établissement (hôpital, clinique, domicile ...) s'est terminée votre dernière grossesse ?**

Type d'établissement	Nom de l'établissement	Adresse de l'établissement
<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Universitaire <input type="checkbox"/> Hôpital général <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre		Département : <input type="text"/> <input type="text"/> Commune : <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>



# ISSUE DE VOTRE DERNIERE GROSSESSE

**20. Votre dernière grossesse s'est-elle terminée par une naissance vivante ?**  Non  Oui

**Si non,** passer à la question 21

**Si oui,** **20.1** Par une naissance :  Unique

Multiple → combien d'enfants ?  enfant(s)

**20.2** **Pouvez-vous indiquer comment s'est déroulé l'accouchement ?** (plusieurs réponses possibles)

Accouchement par voie basse (voie naturelle)

Accouchement par césarienne

Travail provoqué ou accouchement déclenché

Rupture prématurée de la poche des eaux

Travail pendant plus de 24 h

Hémorragie pendant l'accouchement

Infection lors de l'accouchement

Autre(s) complication(s), préciser :

**20.3** **Merci de compléter le tableau suivant (vous pouvez vous reporter au carnet de naissance et au carnet de grossesse)**

Date de naissance	Date de naissance prévue	Taille à la naissance (en cm)	Périmètre du crâne (en cm)	Score d'Apgar (indiqué sur le carnet de naissance/santé de l'enfant)	Malformations congénitales (diagnostiquée(s) pendant la grossesse, ou depuis la naissance)		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> (JJ/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> (JJ/MM/AAAA)	<b>Enfant 1</b>				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La(les)quelle(s) : <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	1 minute après la naissance : Score : <input type="text"/> sur 10 5 minutes après la naissance Score : <input type="text"/> sur 10			
		<b>Si grossesse multiple</b>					
		<b>Enfant 2</b>				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La(les)quelle(s) : <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	1 minute après la naissance : Score : <input type="text"/> sur 10 5 minutes après la naissance Score : <input type="text"/> sur 10			
		<b>Enfant 3</b>				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La(les)quelle(s) : <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	1 minute après la naissance : Score : <input type="text"/> sur 10 5 minutes après la naissance Score : <input type="text"/> sur 10					

**21. Si la grossesse ne s'est pas terminée par une naissance vivante,**

**21.1** Pouvez-vous indiquer la date de fin de la grossesse :  /  / 20  (JJ/MM/AAAA)

**21.2** Comment s'est-elle terminée ?

Par une fausse couche spontanée

Par une interruption volontaire ou médicale de grossesse

→ Etait-ce suite à la découverte de malformations chez le fœtus ?  Non  Oui

**Si non,** pouvez-vous indiquer la raison de cette interruption médicale de grossesse ?

Par la naissance d'un enfant mort-né

→ Présence de malformations congénitales  Non  Oui

La(les)quelle(s) :

Par une grossesse extra-utérine

Par une autre issue de grossesse

Préciser :

## ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S)

**22. Pendant les 3 mois précédant la conception, avez-vous exercé une activité professionnelle (y compris emploi occasionnel ou saisonnier ou stage rémunéré ou non, en tant qu'exploitante, conjointe d'exploitant ou salariée) ?**

Non  Oui

**Si oui, 22.1** Dans quel(s) secteur(s)

- Dans une exploitation agricole d'élevage ou de culture (y compris verger, vigne, ou horticulture/pépinière)
- Dans une entreprise paysagiste
- Dans une exploitation forestière, une scierie ou une autre entreprise liée au secteur du bois
- Dans une entreprise de travaux agricoles, une coopérative, une Chambre d'Agriculture, un lycée agricole
- Dans une caisse de la MSA, une banque ou une assurance du Régime Agricole
- Autre emploi dépendant ou non du régime agricole :

**23. Avez-vous exercé une (ou plusieurs) activité(s) professionnelle(s) pendant votre grossesse (y compris emploi occasionnel ou saisonnier ou stage rémunéré ou non, en tant qu'exploitante, conjointe d'exploitant ou salariée) ?**

Non  Oui

**Si non,** passer à la question 25

**Si oui, 23.1** Pendant le 1er trimestre de grossesse, avez-vous exercé une activité professionnelle ?

Non  Oui

**Si non,** passer à la question 23.2

**Si oui, 23.1.1** Avez-vous conservé le (ou les) même(s) emploi(s) que ceux exercés avant le début de la grossesse ?

Non  Oui

**Si non, 23.1.1.1** Dans quel(s) secteur(s) avez-vous travaillé pendant le 1er trimestre de grossesse ?

- Dans une exploitation agricole d'élevage ou de culture (y compris verger, vigne, ou horticulture/pépinière)
- Dans une entreprise paysagiste
- Dans une exploitation forestière, une scierie ou une autre entreprise liée au secteur du bois
- Dans une entreprise de travaux agricoles, une coopérative, une Chambre d'Agriculture, un lycée agricole
- Dans une caisse de la MSA, une banque ou une assurance du Régime Agricole
- Autre emploi dépendant ou non du régime agricole :

**23.1.2** Avez-vous eu un (ou plusieurs) arrêt(s) de votre activité pendant le 1er trimestre de votre grossesse ?

Non  Oui

Au total, combien de semaine(s) avez-vous été arrêtée ?   semaine(s)

**23.1.3** Pendant le 1er trimestre de grossesse, avez-vous arrêté votre (ou vos) activité(s) professionnelle(s) définitivement jusqu'à la fin de votre grossesse ?

Non  Oui

**Si oui,** passer à la question 24

**23.2 Pendant le 2ème trimestre de grossesse, avez-vous exercé une activité professionnelle ?**

**Si non,** passer à la question 23.3  Non  Oui

**Si oui, 23.2.1** Avez-vous conservé le (ou les) même(s) emploi(s) qu'au 1er trimestre de grossesse ?

Non  Oui

**Si non, 23.2.1.1** Dans quel(s) secteur(s) avez-vous travaillé pendant le 2ème trimestre de grossesse ?

- Dans une exploitation agricole d'élevage ou de culture (y compris verger, vigne, ou horticulture/pépinière)
- Dans une entreprise paysagiste
- Dans une exploitation forestière, une scierie ou une autre entreprise liée au secteur du bois
- Dans une entreprise de travaux agricoles, une coopérative, une Chambre d'Agriculture, un lycée agricole
- Dans une caisse de la MSA, une banque ou une assurance du Régime Agricole
- Autre emploi dépendant ou non du régime agricole :

**23.2.2** Avez-vous eu un (ou plusieurs) arrêt(s) de votre activité pendant le 2ème trimestre de votre grossesse ?  Non  Oui

Au total, combien de semaine(s) avez-vous été arrêtée ?   semaine(s)

**23.2.3** Pendant le 2ème trimestre de grossesse, avez-vous arrêté votre (ou vos) activité(s) professionnelle(s) définitivement jusqu'à la fin de votre grossesse ?

Non  Oui

**Si oui,** passer à la question 24

**23.3 Pendant le 3ème trimestre de grossesse, avez-vous exercé une activité professionnelle ?**

**Si non,** passer à la question 24  Non  Oui

**Si oui, 23.3.1** Avez-vous conservé le (ou les) même(s) emploi(s) qu'au 2ème trimestre de grossesse ?

Non  Oui

**Si non, 23.3.1.1** Dans quel(s) secteur(s) avez-vous travaillé pendant le 3ème trimestre de grossesse ?

- Dans une exploitation agricole d'élevage ou de culture (y compris verger, vigne, ou horticulture/pépinière)
- Dans une entreprise paysagiste
- Dans une exploitation forestière, une scierie ou d'autres entreprises liées au secteur du bois
- Dans une entreprise de travaux agricoles, une coopérative, une Chambre d'Agriculture, un lycée agricole
- Dans une caisse de la MSA, une banque ou une assurance du Régime Agricole
- Autre emploi dépendant ou non du régime agricole :

**23.3.2** Avez-vous eu un (ou plusieurs) arrêt(s) de votre activité pendant le 3ème trimestre de votre grossesse ?  Non  Oui

**Si oui,** Au total, combien de semaine(s) avez-vous été arrêtée ?   semaine(s)

**24. Pouvez-vous préciser au cours de quel mois de grossesse vous étiez lorsque vous avez interrompu votre activité définitivement jusqu'à la fin de la grossesse (congé maternité avec ou sans congé pathologique) ?**

mois de grossesse

**25. Votre partenaire/conjoint exerçait-il une profession pendant l'année précédant cette grossesse ?**

Non  Oui

**Si oui, 25.1** Etait-il exploitant ou salarié agricole ?  Non  Oui

**Si non,** pouvez-vous préciser son emploi :

**25.2** Votre conjoint manipulait-il des pesticides dans le cadre de son activité professionnelle ?

Non  Oui



26. **Vivez-vous en couple pendant cette grossesse ?**  Non  Oui

Si non, passer à la question 27

Si oui, 26.1 Votre conjoint exerçait-il une profession pendant cette grossesse ?

Non  Oui

Si oui, 26.1.1 Etait-il exploitant ou salarié agricole ?  Non  Oui

Si non, pouvez-vous préciser son emploi : \_\_\_\_\_

26.1.2 Votre conjoint manipulait-il des pesticides dans le cadre de son activité professionnelle ?

Non  Oui

### CONDITIONS DE TRAVAIL AU MOMENT DE VOTRE DERNIÈRE GROSSESSE

Si vous n'avez pas exercé d'activité professionnelle lors de votre dernière grossesse, passer à la question 38

27. **Merci de compléter le tableau suivant :**

	Avant la conception	Pendant la grossesse
Nombre d'heures travaillées par semaine ?	<input type="checkbox"/> Moins de 25h <input type="checkbox"/> 25-34h <input type="checkbox"/> 35h <input type="checkbox"/> 36-40h <input type="checkbox"/> Plus de 40h	<input type="checkbox"/> Moins de 25h <input type="checkbox"/> 25-34h <input type="checkbox"/> 35h <input type="checkbox"/> 36-40h <input type="checkbox"/> Plus de 40h
Horaires de travail réguliers ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Travail de nuit (même occasionnel) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

28. **En moyenne chaque jour, de votre dernière grossesse, combien d'heures marchiez-vous pendant votre travail ?**

Moins de 2h  2h à 3h  4h à 5h  6h à 8h  Plus de 8h par jour

29. **Deviez-vous rester debout pendant votre journée de travail ?**

Non  Oui

Si oui, 29.1 Combien d'heures consécutives en moyenne ?

Moins de 2h  2h à 3h  4h à 5h  6 heures ou plus

30. **Deviez-vous rester accroupie, à genoux ou le dos courbé pendant votre journée de travail ?**

Non  Oui

Si oui, 30.1 Combien d'heures en moyenne dans la journée ?

Moins de 2h  2h à 3h  4h à 5h  6 heures ou plus

31. **En général, pendant votre journée de travail, aviez-vous les bras levés au-dessus des épaules ?**

Non  Oui

Si oui, 31.1 Combien d'heures en moyenne dans la journée ?

Moins de 2h  2h à 3h  4h à 5h  6 heures ou plus

32. **Travailliez-vous dans une ambiance bruyante qui vous obligeait à parler plus fort ou à crier pour communiquer avec d'autres personnes se situant à moins d'un mètre de vous ?**

Non, jamais  Parfois  Souvent  Toujours

33. **Portiez-vous ou manipuliez-vous des charges (objets, animaux ...) ou des personnes (enfants, patients, personnes âgées) dans le cadre de votre activité professionnelle ?**

Non, jamais  Parfois  Souvent  Toujours



**34. Lors de votre grossesse, avez-vous utilisé des machines à moteur (thermique ou électrique) dans le cadre d'une activité professionnelle ?**  Non  Oui

Si oui, **34.1** Merci de remplir le tableau suivant

Quelle(s) machine(s) utilisiez-vous au cours du 1er trimestre de grossesse ?	Quelle(s) machine(s) utilisiez-vous au cours du 2ème trimestre de grossesse ?	Quelle(s) machine(s) utilisiez-vous au cours du 3ème trimestre de grossesse ?
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Débroussailleuse <input type="checkbox"/> Tronçonneuse <input type="checkbox"/> Taille-haie <input type="checkbox"/> Tondeuse <input type="checkbox"/> Souffleuse <input type="checkbox"/> Autre(s) machine(s) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Débroussailleuse <input type="checkbox"/> Tronçonneuse <input type="checkbox"/> Taille-haie <input type="checkbox"/> Tondeuse <input type="checkbox"/> Souffleuse <input type="checkbox"/> Autre(s) machine(s) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Débroussailleuse <input type="checkbox"/> Tronçonneuse <input type="checkbox"/> Taille-haie <input type="checkbox"/> Tondeuse <input type="checkbox"/> Souffleuse <input type="checkbox"/> Autre(s) machine(s) : <input type="text"/>

**35. Lors de votre grossesse, avez-vous conduit ou utilisé des engins à moteur (thermique ou électrique), hors voiture personnelle, dans le cadre d'une activité professionnelle ?**  Non  Oui

Si oui, **35.1** Merci de remplir le tableau suivant

Quel(s) engin(s) utilisiez-vous au cours du 1er trimestre de grossesse ?	Quel(s) engin(s) utilisiez-vous au cours du 2ème trimestre de grossesse ?	Quel(s) engin(s) utilisiez-vous au cours du 3ème trimestre de grossesse ?
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Tracteur à l'intérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Tracteur à l'extérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Moissonneuse <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> Autre(s) engin(s) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Tracteur à l'intérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Tracteur à l'extérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Moissonneuse <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> Autre(s) engin(s) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Tracteur à l'intérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Tracteur à l'extérieur des bâtiments <input type="checkbox"/> Moissonneuse <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> Autre(s) engin(s) : <input type="text"/>

**36. Lors de votre grossesse, avez-vous été exposée à des vibrations (du corps entier ou des membres supérieurs) ?**  Non, jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**37. Lors de votre grossesse, avez-vous manipulé (préparation, épandage ou pulvérisation) des produits pesticides ?**  Non  Oui

Si oui, **37.1** Préciser la (ou les) période(s) de la grossesse :

Pendant le premier trimestre  Pendant le deuxième trimestre  Pendant le troisième trimestre

**38. Avez-vous fumé au moins une cigarette au moment de cette dernière grossesse (pendant les 3 mois précédant la grossesse et/ou au cours des 3 trimestres de grossesse) ?**  Non  Oui

**Si oui, 38.1** Merci de compléter le tableau suivant :

Les 3 mois avant la conception	1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, combien par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> Cigarette(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, combien par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> Cigarette(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, combien par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> Cigarette(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, combien par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> Cigarette(s)

**39. Votre partenaire/conjoint a-t-il déjà fumé du tabac au cours de sa vie ?**  Non  Oui

**Si oui, 39.1** Fumait-il avant le début de cette grossesse ?  Non  Oui

**40. Au cours de votre grossesse, un membre de votre foyer fumait-il à l'intérieur du domicile ou en votre présence ?**  Non  Oui

**41. Avez-vous déjà consommé les boissons suivantes ?**

Avez-vous déjà consommé	Les 3 mois avant le début de la grossesse	Pendant la grossesse
<b>Du café</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> Au moins 1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> 1 tasse ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> tasse(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> Au moins 1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> 1 tasse ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> tasse(s)
<b>Du thé</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> Au moins 1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> 1 tasse ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> tasse(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> Au moins 1 tasse par semaine <input type="checkbox"/> 1 tasse ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> tasse(s)
<b>De la bière</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)
<b>Du cidre</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)
<b>Du vin</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)
<b>Des apéritifs/digestifs</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moins d'1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par mois <input type="checkbox"/> Au moins 1 verre par semaine <input type="checkbox"/> 1 verre ou plus par jour <input type="text"/> <input type="text"/> verre(s)

**42. Merci de compléter ce tableau si vous avez eu plus de 4 grossesses**

Année de fin de grossesse	Durée de la grossesse (semaines d'aménorrhée ou absence de règles)	Issue de la grossesse	Sexe de l'enfant F : fille G : garçon	Poids de naissance (en Kg)	Malformation(s) diagnostiquée(s) pendant la grossesse, ou depuis la naissance
<b>5EME GROSSESSE</b>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<b>Si grossesse multiple</b> <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés		
	<input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines	<input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale)	<i>Préciser :</i> <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus		
	<input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme)	<input type="checkbox"/> Mort-né	<b>Sexe</b>	<b>Poids de naissance</b>	<b>Malformations</b>
	<input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>6EME GROSSESSE</b>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<b>Si grossesse multiple</b> <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés		
	<input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines	<input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale)	<i>Préciser :</i> <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus		
	<input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme)	<input type="checkbox"/> Mort-né	<b>Sexe</b>	<b>Poids de naissance</b>	<b>Malformations</b>
	<input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>7EME GROSSESSE</b>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<b>Si grossesse multiple</b> <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés		
	<input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines	<input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale)	<i>Préciser :</i> <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus		
	<input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme)	<input type="checkbox"/> Mort-né	<b>Sexe</b>	<b>Poids de naissance</b>	<b>Malformations</b>
	<input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>8EME GROSSESSE</b>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Moins de 12 semaines	<input type="checkbox"/> Naissance vivante	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> De 12 à 21 semaines	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<b>Si grossesse multiple</b> <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés		
	<input type="checkbox"/> De 22 à 36 semaines	<input type="checkbox"/> Interruption (volontaire ou médicale)	<i>Préciser :</i> <input type="checkbox"/> Quadruplés ou plus		
	<input type="checkbox"/> De 37 à 41 semaines (Naissance à terme)	<input type="checkbox"/> Mort-né	<b>Sexe</b>	<b>Poids de naissance</b>	<b>Malformations</b>
	<input type="checkbox"/> Plus de 41 semaines	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**Si vous avez eu plus de 8 grossesses, merci de cocher cette case**

**Ce questionnaire est terminé, merci d'avoir participé à cette étude.**