

## Questionnaire de l'enquête

**Thème** : Recherche de marqueurs nutritionnels et génétiques des maladies de la périnatalité chez la population algérienne

### 1/Identification des femmes enceintes :

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

Adresse : ..... Tel : .....

Date de consultation:.....Semestre: .....

Dates des dernières règles.....Date de la dernière grossesse:.....

Activité professionnelle : ..... Activité physique :..... Type d'activité :.....

Tabagisme : .....Poids avant la grossesse (kg) :.....Poids actuel ..... Taille (m) : .....

Présenter vous des troubles liés à votre grossesse ?..... lesquels.....

Avez-vous des dégoûts depuis que vous êtes enceintes ? ..... Type : .....

Mangez vous plus depuis que vous êtes enceintes ?.....

Avez-vous des envies particulières depuis que vous êtes enceintes ?.....Lesquelles ?.....

Suivez vous un régime spécial ?....., Nature ;.....

### 2/Nombre de grossesses :

- à terme :.....Prématuré :..... Fausse couche :..... Mort pendant l'accouchement.....

Malformations : .....

### 3/Renseignements médicaux personnels :

Diabète : (oui) (non) ;

HTA : (oui) (non) ;

Insuffisance rénale : (oui) (non) ;

Stressée: (oui) (non)

Problèmes digestifs : (oui) (non) ;

Anémie : (oui) (non) ;

Infection (oui) (non). Autres :.....

### 3 /Catégories d'aliments consommés pendant la grossesse :

Viande-poissons-céufs	Toujours	Souvent	Jamais
Produits laitiers			
Légumes et fruits			
Céréales			
Produits sucrés			
Boissons			

**4/Prise de suppléments**

Nom des suppléments	- Nature du supplément : ( gélules, ampoules, Comprimés)

**5 /Données échographiques durant les 3 trimestres de la grossesse :**

Taille de fœtus (mm) :..... Poids du fœtus, (g) :.....

**6/Données à l'accouchement:**

Taille:....., poids:....., périmètre crânien:....., présence ou non de malformation:.....

Type de malformation:.....

**7/Consentement de participation:**

Acceptation de participer a cette recherche:.....

signature:.....

Accepted article