



PsyMontréal - Évaluation post-partum

But du questionnaire

Ce questionnaire a pour but de nous aider à obtenir un portrait détaillé de votre situation présente, maintenant qu'un nouveau bébé fait partie de votre vie. Nous vous prions de répondre aux questions suivantes de façon complète et précise. Vos réponses nous permettront d'élaborer un traitement psychologique plus personnalisé et adapté à vos besoins spécifiques.

Confidentialité

Les renseignements fournis dans ce document ainsi que toutes informations portées à votre dossier resteront strictement confidentiels. Seul un consentement écrit permet la divulgation de l'information à un tiers. Certaines exceptions, telle que votre protection ou celle de votre famille, permettent toutefois de contrevenir à cette règle, celle-ci étant clairement indiquée sur le « Formulaire de consentement » qui vous sera remis. En bref, ces exceptions incluent des circonstances où, en tant que professionnels traitants, nous sommes légalement tenus de prendre certaines mesures afin de protéger la santé et la vie de nos clients et de leurs familles.

Date : _____

Nom : (Mme, Mlle, Dr) _____
Prénom _____ Nom de famille _____

Adresse (résidence) : _____

Ville _____ Code postal _____

Numéros pour vous rejoindre	Pouvons-nous laisser un message ? (oui ou non)
Téléphone (résidence) :	
Cellulaire :	
Téléphone (travail) :	
Adresse électronique :	

Personnes à contacter en cas d'urgence (S.V.P. indiquer deux (2) personnes et le lien)

Nom 1 : _____ Lien : _____
(_____) _____ (_____) _____
Téléphone (jour) Téléphone (soir)

Nom 2 : _____ Lien : _____
(_____) _____ (_____) _____
Téléphone (jour) Téléphone (soir)

Votre date de naissance : (jour) _____ (mois) _____ (année) _____

État civil :

- Célibataire
- Mariée depuis _____
- Conjointe de fait depuis _____
- Séparée depuis _____
- Divorcée depuis _____
- Veuve depuis _____

Emploi (occupation) : (si vous êtes une mère / femme au foyer à temps plein, veuillez décrire le poste le plus récemment occupé avant de devenir une mère / femme au foyer à temps plein) :

- mère / femme au foyer à temps plein
- _____ Employeur : _____

Niveau académique terminé :

- Moins qu'une formation au secondaire
 - Une certaine formation au secondaire
 - Diplôme secondaire V
 - Une certaine formation au CEGEP
 - Diplôme CEGEP
 - Une certaine formation universitaire
 - Diplôme universitaire (B.A. ou B.Sc.)
 - Études universitaires du 2e, 3e cycle
 - Maîtrise, M.B.A., Ph.D.
- Autre diplôme: _____

Médecin de famille : Dr _____ Tél.: (____) ____ - _____
Adresse : _____

Ville Code postal

À quand remonte votre dernier examen médical ? _____
Mois Année

Qui vous a référé ? Comment avez-vous obtenu notre numéro ? _____

Nom(s) et âge(s) de votre (vos) enfant(s) :

Votre poids actuel : _____ Grandeur : _____

Veillez répondre aux questions suivantes concernant votre dernière grossesse et accouchement :

Votre poids avant de devenir enceinte : _____
Combien de poids avez-vous pris pendant votre dernière grossesse : _____

À combien de semaines de grossesse est né votre bébé ? _____
Combien votre bébé pesait-il à la naissance ? _____
Quel âge a votre bébé présentement ? _____

Quel genre d'accouchement avez-vous eu ?

- accouchement vaginal (avec ou sans épidurale)
- accouchement vaginal avec intervention (forceps, succion, naissance provoquée, etc.)
- césarienne (chirurgie)

Veillez cocher l'énoncé qui décrit le mieux votre réaction au moment où vous avez appris que vous étiez enceinte :

- La grossesse n'était pas planifiée, et j'étais contente d'apprendre que j'étais enceinte
- La grossesse n'était pas planifiée, et j'étais *mécontente* d'apprendre que j'étais enceinte
- La grossesse était planifiée, et j'étais contente d'apprendre que j'étais enceinte
- La grossesse était planifiée, et j'étais *mécontente* d'apprendre que j'étais enceinte

Si la grossesse était planifiée, veuillez répondre aux 2 questions suivantes :

- 1) Combien de temps cela a-t-il pris pour que vous deveniez enceinte ? _____
- 2) Avez-vous obtenu des traitements pour l'infertilité avant de devenir enceinte ?
 - Non
 - Oui (veuillez préciser) _____

Y a-t-il eu un événement particulier ou exceptionnel relatif à votre grossesse ? _____

Avez-vous aimé être enceinte ?

- Oui
- Non

Quelle fut votre plus grande crainte pendant votre grossesse ?

Votre bébé a-t-il eu des problèmes de santé particuliers à la naissance ?

- Non
- Oui (veuillez préciser) _____

Avez-vous eu des problèmes de santé particuliers reliés à l'accouchement ?

- Non
- Oui (veuillez préciser) _____

Problèmes spécifiques au début de l'allaitement maternel ?

1. _____
2. _____

Problèmes spécifiques au début de l'alimentation au biberon (préparation lactée) ?

1. _____
2. _____

Suite à votre retour à la maison, avez-vous eu de l'aide de (veuillez cocher ceux qui sont pertinents) :

- mari (partenaire)
- mère
- belle-mère
- aide professionnelle (infirmière, doula, sage-femme, etc.)
- employé de maison résidant (veuillez spécifiez : _____)
- aide ménagère
- voisin(e)
- autre : _____

À ce moment, avez-vous trouvé que l'aide était adéquate ?

- Oui
- Non

Avez-vous des ami(e)s qui ont récemment eu un bébé ?

- Oui
- Non

Veuillez décrire la disposition générale de votre bébé :

Que ressentez-vous lorsque vous entendez votre bébé pleurer ?

Comment alimentez-vous votre bébé ?

- allaitement maternel seulement
- alimentation au biberon (préparation lactée) seulement
- allaitement maternel combiné à l'allaitement au biberon
- commencé les aliments solides en plus de l'allaitement maternel
- commencé les aliments solides en plus de l'allaitement au biberon
- aliments solides seulement

Décrivez vos sentiments relatifs à votre bébé pendant les premiers jours suivant l'accouchement :

Veillez décrire vos sentiments envers vous-même pendant les premiers jours suivant l'accouchement :

Sur une échelle de 1 à 10, veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre état aujourd'hui :

Ceci représente :

le pire que je me suis sentie jusqu'à maintenant					comment je me sens habituellement						le mieux que je me suis sentie jusqu'à maintenant
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Veillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à quel point vous vous sentez intime avec votre bébé en ce moment :

pas du tout intime										très intime
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Durant la dernière semaine, quel a été votre période la plus longue de sommeil ininterrompu ? _____
En moyenne, combien d'heures de sommeil obtenez-vous présentement par nuit ? _____

Veillez cocher tous les énoncés suivants pertinents concernant votre sommeil :

- Même lorsque bébé dort, vous vous réveillez plusieurs fois
- Vous êtes tellement épuisée que vous n'éprouvez aucun problème à dormir / vous endormir
- L'insomnie est un problème important dans votre vie
- Vous êtes très fatiguée, mais vous vous sentez trop agitée pour dormir
- Vous avez l'impression que vous dormez trop
- Vous n'obtenez pas assez de sommeil
- Vous n'avez aucune inquiétude concernant votre sommeil

Lorsque votre bébé fait une sieste, que faites-vous ?

1. _____
2. _____
3. _____

Qu'est-ce que vous considérez être votre plus grande force personnelle ou ressource intérieure présentement ?

Qu'est-ce que vous considérez être votre plus grande limitation ou faiblesse personnelle présentement ?

Que changeriez-vous, si vous le pouviez, concernant le rôle de votre mari (partenaire) et sa participation aux soins de votre bébé ?

Avez-vous déjà eu une fausse-couche ou subi l'accouchement d'un mort-né ?

- Non
- Oui (quand ?) _____

Avez-vous déjà eu un avortement ?

- Non
- Oui (quand ?) _____

Avez-vous éprouvé un ou plusieurs des événements suivants au cours de la dernière année ?

- mort d'un parent
- mort d'un être cher (autre qu'un parent), veuillez spécifier : _____
- maladie grave ou autre urgence médicale (vous-même ou un être cher)
- divorce ou séparation
- perte ou changement d'emploi (vous-même ou votre partenaire)
- déménagement dans un nouveau logis
- autre (veuillez décrire tout événement qui pourrait avoir eu un impact sur votre présent état émotionnel) :

Avez-vous déjà été victime d'un ou de plusieurs des actes suivants ? (cochez tous ceux qui s'appliquent)

- agression physique (frappée, coups de pied, coups de poing, « battue ») par un étranger
- agression ou violence physique par quelqu'un que vous connaissiez
- agression ou violence physique par quelqu'un que vous aimiez
- agression sexuelle (acte ou tentative de pénétration vaginale, orale ou anale / attouchement) par un étranger
- agression sexuelle par quelqu'un que vous connaissiez
- agression sexuelle par quelqu'un que vous aimiez
- violence physique durant l'enfance par un membre de la famille
- violence physique durant l'enfance par quelqu'un d'autre
- agression sexuelle durant l'enfance par un membre de la famille
- agression sexuelle durant l'enfance par quelqu'un d'autre
- violence physique au cours de votre grossesse la plus récente
- agression sexuelle au cours de votre grossesse la plus récente

Veuillez énumérer toute maladie d'enfance importante ou intervention chirurgicale, si tel est le cas :

Veuillez énumérer tout stress important relié à vos parents durant votre enfance (divorce, séparation, mort), si tel est le cas :

Utilisez-vous présentement une méthode contraceptive quelconque ?

- Non, je ne suis pas active sexuellement
- Non, je désire devenir enceinte présentement
- Non, mais j'espère ne pas devenir enceinte
- Oui, je suis active sexuellement
- Oui, je ne suis pas active sexuellement

Si vous utilisez une méthode contraceptive, veuillez décrire laquelle :

Veuillez énumérer toute prise de médication prescrite, d'une quantité quelconque, au cours du dernier MOIS :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Veuillez énumérer toute prise de médicament sans ordonnance, d'une quantité quelconque, au cours du dernier MOIS (incluant tous les médicament ou remèdes à base de plantes médicinales qui sont en vente libre à la pharmacie) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Fumez-vous ?

- Non
- Oui (indiquez la moyenne de cigarettes par jour) _____

Au cours du dernier mois, à combien d'occasions avez-vous consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, boissons à base de vin style « cooler », boissons mixtes, etc.)?

_____ occasions

Les jours où vous avez consommé, environ combien de boissons avez-vous bu ?

_____ nombre de boissons par occasion, en moyenne

Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé l'un des suivants ?

- marijuana, hasch
- cocaïne
- amphétamine, speed
- autre drogue (spécifiez : _____)

Avez-vous des antécédents de syndrome prémenstruel (SPM)?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Avez-vous des antécédents de troubles affectifs, psychologiques ou psychiatriques ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Avez-vous déjà vu un(e) psychologue, psychiatre, ou thérapeute relativement à des troubles affectifs ou psychologiques ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Avez-vous déjà été hospitalisé pour des troubles affectifs, psychologiques ou psychiatriques ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Avez-vous déjà reçu un traitement pour la toxicomanie (réadaptation pour alcool ou drogue) ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Vous a-t-on déjà prescrit une médication psychiatrique ?

- Non
- Oui (quels étaient les médicaments / pour quels symptômes ?)

Y a-t-il quelqu'un de votre famille (y compris mère, père, frères, soeurs, grands-parents, tantes, oncles, ou vos enfants) qui ait un antécédent de maladie psychiatrique, ou qui ait reçu un traitement ou qui a été hospitalisé ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Y a-t-il quelqu'un de votre famille (y compris mère, père, frères, soeurs, grands-parents, tantes, oncles, ou vos enfants) qui ait un antécédent de toxicomanie, alcoolisme ou abus de drogues ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Votre mari ou partenaire a-t-il (elle) un antécédent de maladie psychiatrique, reçu un traitement ou a-t-il (elle) été hospitalisé(e) ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Votre mari ou partenaire a-t-il (elle) un antécédent de toxicomanie, alcoolisme ou abus de drogues ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Les maladies / troubles psychiatriques reliés au post-partum ou à la grossesse se sont-ils déjà produits chez quelqu'un de votre famille ?

- Non
- Oui (veuillez préciser)

Nous désirons savoir jusqu'à quel point vos proches vous aident à faire face à tous les facteurs stressants relatifs à l'arrivée d'un nouveau bébé à la maison. Pour chacune des personnes énumérées, veuillez répondre aux quatre questions suivantes :

1. À quel point vous sentez-vous à l'aise de parler de vos sentiments ou de vos pensées concernant votre nouveau bébé et vos responsabilités avec cette personne ?

MARI (partenaire)

MÈRE (ou belle-mère)

très
mal à l'aise
1 2 3 4 5
très
à l'aise

très
mal à l'aise
1 2 3 4 5
très
à l'aise

2. Combien cette personne vous apporte-t-elle une aide pratique (telle que de l'aide avec les tâches ménagères, assistance matérielle, conseils pratiques) ?

MARI (partenaire)

MÈRE (ou belle-mère)

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

3. Jusqu'à quel point cette personne vous apporte-t-elle un soutien émotionnel en vous écoutant, en parlant avec vous, vous consolant, ou simplement en étant présent auprès de vous ?

MARI (partenaire)

MÈRE (ou belle-mère)

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

4. La plupart des gens qui ont un nouveau bébé éprouvent certaines anxiétés concernant leur compétence, leurs capacités ou leur confiance en soi. Combien cette personne vous a-t-elle rassurée (ou vous rassurerait-t-elle si vous en aviez besoin) dans ce domaine ?

MARI (partenaire)

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

MÈRE (ou belle-mère)

très peu
1 2 3 4 5
beaucoup

De façon générale, êtes-vous satisfaite de votre relation de couple ?

pas du tout
satisfaite

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

le plus satisfaite
possible

La liste suivante contient des énoncés qui peuvent exprimer comment vous vous sentez présentement. Veuillez cocher tous les énoncés qui correspondent à vos propres sentiments ou symptômes actuels.

- Que je fasse quoi que ce soit, je ne peux m'empêcher de me sentir déprimée
- Je pleure au moins une fois par jour
- Je ne ressens aucune émotion ou je me sens engourdie émotionnellement
- Je suis triste la plupart du temps ou tout le temps
- J'éprouve de la difficulté à me concentrer ou à prendre des décisions
- Je ne prends plus plaisir aux choses qui m'amusaient autrefois
- Je n'éprouve aucun désir à faire l'amour du tout, même si mon médecin dit que je peux physiquement reprendre toutes relations sexuelles
- Je n'arrive pas à dormir, même quand mon bébé dort (ou, je dors tellement que je n'ai pas le temps de faire autre chose)
- Je me vois toujours comme un échec
- Je n'ai aucune énergie ; je suis toujours fatiguée
- Je n'ai pas d'appétit et je ne prends pas plaisir à manger (ou, j'ai souvent des rages de sucre ou de glucides, et je mange de façon compulsive)
- Je ne me rappelle pas de la dernière fois que j'ai ri
- Dernièrement, tout me tape sur les nerfs. Parfois, je suis même furieuse envers mon bébé. Je suis souvent en colère contre mon mari (partenaire)
- Je ressens que le futur est sans espoir
- Je pense que je vais me sentir comme cela pour toujours
- J'ai des pensées effrayantes ou agaçantes dont je ne peux pas me débarrasser (telles que penser à comment je pourrais faire du mal à mon bébé)
- J'éprouve des crises de panique (attaque d'anxiété)
- Quelques fois, il m'arrive de penser qu'il vaudrait mieux mourir que de me sentir de cette façon une minute de plus

- J'ai déjà pensé à faire du mal à mon bébé
- Je fais certaines choses qui n'ont aucun sens, mais que je ne semble pas pouvoir arrêter de faire (telles que laver mes mains, vérifier le bébé à plusieurs reprises, compter des choses)
- Je panique concernant la saleté, les microbes, ou je me trouve à nettoyer de façon compulsive
- J'ai peur de me faire du mal pour échapper à cette souffrance
- J'ai peur de réellement faire quelque chose qui fera du mal à mon bébé
- J'entends des bruits ou des voix lorsque personne n'est là
- Je ne sens pas que mes pensées sont les miennes, ou je sens que je ne les contrôle pas entièrement
- Je me sens contrôlée par des forces autres que les miennes
- Je n'ai pas dormi du tout depuis 48 heures ou plus
- Je ne ressens pas d'amour ou de lien intime avec mon bébé
- Je n'arrive pas à bien prendre soin de mon bébé
- Je perds du poids rapidement sans même essayer
- J'éprouve des pensées répétitives, des impulsions, ou des images que je reconnais comme ridicules et que je tente d'ignorer ou de chasser de mon esprit, parce qu'elles me rendent anxieuse ou mal à l'aise Veuillez préciser : _____
- Je dois poser certains gestes d'une façon particulière plusieurs fois afin d'éviter de me sentir extrêmement mal à l'aise Veuillez préciser : _____

Parfois...

- je n'arrive pas à respirer normalement, je suis essouffée
- j'éprouve des palpitations, mon coeur bat très rapidement et / ou saute un battement
- mes mains tremblent ou elles sont agitées
- j'ai des maux de ventre, la nausée et / ou la diarrhée
- j'éprouve des bouffées de chaleur ou des frissons
- je ressens que quelque chose de terrible va se passer
- j'ai des étourdissements ou des faiblesses
- certaines choses m'apparaissent « bizarres » ou « irréelles »
- je sens comme si je manque d'air, j'étouffe
- je sens que je vais mourir, ou que je vais avoir une crise cardiaque
- j'ai peur de sortir de la maison ou de rester seule parce que je vais peut-être éprouver une crise d'anxiété et que je ne pourrai pas obtenir de l'aide
- je me sens engourdie, ou j'éprouve des fourmillements dans mes mains et / ou près de ma bouche

Merci de votre collaboration