

Datum \_\_\_\_\_

**Questionnaire sur le diabète gestationnel:**

En attendant, veuillez répondre à quelques questions du mieux que vous pouvez.

GDM-Fragebogen: Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

Quelle est la date prévue de l'accouchement? \_\_\_\_\_

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Avez-vous déjà effectué une HGPO 50 g (petite mesure de la glycémie) et/ou une HGPO 75 g (grande mesure de la glycémie avec trois valeurs)?

Wurde bei Ihnen bereits ein 50g oGTT (kleiner Zuckertest) oder/und 75g oGTT (großer Zuckertest mit 3 Werten) durchgeführt?

 Non

Nein

 Oui, HGPO 50 g: \_\_\_\_\_

Ja, 50g oGTT

 Oui, HGPO 75 g: à jeun \_\_\_\_\_, après 60 minutes \_\_\_\_\_, après 120 minutes \_\_\_\_\_

Ja, 75g oGTT:                   nûchtern                   nach 60min                   nach 120min

Quand l'HGPO 75 g a-t-elle été réalisée? \_\_\_\_\_

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Où l'HGPO 75 g a-t-elle été réalisée

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

 Cabinet spécialisé en diabète    Gynécologue    Médecin de famille    Hôpital

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Frauenarzt

Hausarzt

Klinik

Votre taille? \_\_\_\_\_ cm

Ihre Körpergröße? cm

Votre poids AVANT la grossesse? \_\_\_\_\_ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Fumez-vous?  Non    Ex-fumeur depuis le: \_\_\_\_\_    Oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Quelle est votre langue maternelle?    Allemand    Albanais    Arabe    Bulgare

Welche ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Bulgarisch

 Chinois

Chinesisch

 Anglais

Englisch

 Français

Französisch

 Grec

Griechisch

 Italien

Italienisch

 Kurde

Kurdisch

 Polonais

Polnisch

 Portugais

Portugiesisch

 Roumain

Rumänisch

 Russe

Russisch

 Espagnol

Spanisch

 Turc

Türkisch

 Autre \_\_\_\_\_

Sonstige

Quels sont vos compétences en allemand?  Suffisantes    Interprète requis

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend

Dolmetscher erforderlich

L'un de vos parents, frères et sœurs ou enfants est-il diabétique?  Non    Oui

Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor?   Nein,   Ja

Quelle est votre 2e grossesse? \_\_\_\_\_

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Combien d'enfants avez-vous donné naissance? \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

• Poids de naissance de l'enfant le plus lourd? \_\_\_\_\_ g

Geburtsgewicht des schwersten Kindes? G

- **Avez-vous déjà souffert de diabète gestationnel?**  Non  Oui  
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes?      Nein      Ja
- **Avez-vous déjà souffert de prééclampsie lors de grossesses précédentes?**  Non  Oui  
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)?      Nein      Ja
- **L'un de vos enfants a-t-il des problèmes de santé?**  Non  Oui, lesquels:  
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?      Nein      Ja, welche

**Attendez-vous des jumeaux, des triplés, etc.?**  Non  Oui  
Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)?      Nein,      Ja

**Avez-vous suivi un traitement de fertilité pour cette grossesse?**  Non  Oui  
Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft?      Nein,      Ja

**Avez-vous pris de l'acide folique AVANT la grossesse?**  Non  Oui  
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?      Nein,      Ja

**Avez-vous pris de la metformine AVANT la grossesse?**  Non  Oui  
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen?      Nein,      Ja

**Avez-vous utilisé une injection pour perdre du poids?**  Non  Oui, à quand remonte la dernière fois?  
Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet?      Nein      Ja, wann zuletzt? (Datum)  
\_\_\_\_\_ (Date)

**Aviez-vous souffert d'hypertension artérielle AVANT la grossesse?**  Non  Oui  
Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck?      Nein      Ja

**Avez-vous subi une chirurgie de l'estomac pour cause d'obésité?**  Non  Oui, lesquels:  
Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen?      Nein      Ja, welche:

Anneau gastrique    Gastrectomie longitudinale    Pontage gastrique    Ne sait pas    Autre  
Magenband      Schlauchmagen      Magenbypass      weiß nicht      andere

**Prenez-vous des médicaments et/ou des vitamines?**  Non  Oui, lesquels:  
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein?      Nein      Ja, welche

**Souffrez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé connus?**  Non  Oui, lesquels:  
Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt?      Nein      Ja, welche

**Dans quel hôpital accoucherez-vous?** \_\_\_\_\_  
In welcher Klinik werden Sie gebären?

**Qui est votre médecin de famille?** \_\_\_\_\_  
Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

**Qui est votre gynécologue?** \_\_\_\_\_  
Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

**À quelle fréquence faites-vous de l'exercice par semaine?** \_\_\_\_\_ jours par semaine  
Wie oft in der Woche machen Sie Sport?      An \_\_\_\_\_ Tag/en in der Woche

**Êtes-vous actuellement employé?**  Non  Oui  
Sind Sie zurzeit berufstätig?      Nein      Ja

**Quel est votre numéro de téléphone?** \_\_\_\_\_  
Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

**À mesurer et à remplir en pratique - Questionnaire sur le diabète gestationnel**

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

**Patienten ID:** \_\_\_\_\_

**HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ %

**Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ kg