

Datum _____

Questionnaire pour les femmes atteintes de diabète gestationnel

Veillez répondre à quelques questions du mieux que vous pouvez.

Fragebogen für Frauen, die Schwangerschaftsdiabetes hatten. Bitte beantworten Sie uns ein paar Fragen, so gut Sie können.

Avez-vous votre carnet d'accouchement, votre carnet de maternité et/ou votre livret de puériculture jaune avec vous? Non Oui

Haben Sie den Entbindungsbericht, den Mutterpass und/oder das gelbe Kinderheft dabei? Nein Ja

Quand avez-vous accouché? _____

Wann haben Sie geboren?

Dans quel hôpital avez-vous accouché? _____

In welcher Klinik haben Sie geboren?

Le travail a-t-il été déclenché? Non Oui

Wurde die Geburt eingeleitet? Nein Ja

Un accouchement par voie basse était-il possible? Non Oui

War eine normale vaginale Geburt möglich? Nein Ja

Un accouchement par forceps ou une ventouse obstétricale a-t-il été nécessaire? Non Oui

War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig? Nein Ja

Une césarienne a-t-elle été nécessaire? Non Oui, pourquoi:

War ein Kaiserschnitt nötig?

Nein Ja, weshalb:

Diabète

Diabetes

Poids fœtal estimé supérieur à 4000 g

Geschätztes Gewicht des Kindes über 4000g

Arrêt du travail

Geburtsstillstand

Déclenchement frustrant

Frustrane Einleitung

Césarienne demandée

Wunsch Kaiserschnitt

Complications chez la mère

Komplikationen bei der Mutter

Césarienne répétée

Erneuter Kaiserschnitt

Complications chez le fœtus

Komplikationen beim Kind

Position pelvienne défavorable

Ungünstige Lage des Kindes im Becken

Naissances multiples

Mehrlinge

Rythme cardiaque fœtal anormal

veränderte Herztöne beim Kind

Je ne connais aucune raison

Mir ist kein Grund bekannt

Autre _____

Sonstige

Avez-vous rencontré des complications pendant l'accouchement? Non Oui, lesquels:

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Geburt?

Nein Ja, welche:

Anémie < 10 g/dL

Blutarmut (Anämie) <10g/dl

Thrombose veineuse profonde

Beinvenenthrombose

Saignement > 1000 ml

Blutung >1000ml

Déchirure périnéale de grade 3-4

Dammriss Grad 3-4

Fièvre

Fieber

Syndrome HELLP

HELLP-Syndrom

Rupture utérine

Gebärmutterriss (Uterusruptur)

Complications cardiovasculaires

Herz-Kreislauf-Komplikationen

Pneumonie

Lungenentzündung (Pneumonie)

Éclampsie sévère

Schwere Schwangerschaftsvergiftung (Eklampsie)

Sepsis

Blutvergiftung (Sepsis)

Autre _____

Sonstige

Hystérectomie

Gebärmutteroperation (Hysterektomie)

Embolie pulmonaire

Lungenembolie

Prééclampsie

Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)

Trouble de la cicatrisation/infection

Wundheilungsstörung/-infektion

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé?

Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

Aucun

Keine

Dystocie de l'épaule

Schulterdystokie

Hypoglycémie. Si oui, votre enfant a-t-il eu besoin d'une perfusion de glucose/sucre? Non Oui

Unterzuckerung, wenn ja: benötigte Ihr Kind eine Infusion mit Glukose/Zucker?

Nein Ja

Problèmes respiratoires

Atemprobleme

Autre: _____

Sonstige:

Votre enfant présente-t-il des malformations congénitales? Non Oui, lesquelles:

Hat Ihr Kind Fehlbildungen?

Nein Ja, welche:

Votre enfant a-t-il été transféré en néonatalogie? Non Oui, pourquoi:

Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt?

Nein Ja, warum:

Est-ce une fille garçon Indéterminé

Ist es ein Mädchen Junge unbestimmt

Quelle était la taille de votre enfant à la naissance? _____ cm

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? cm

Quel était le poids de votre enfant à la naissance? _____ g

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? g

Quel était le score d'Apgar de votre enfant après la naissance?

Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Geburt?

• Score d'Apgar à 1 minute _____

• Score d'Apgar à 5 minutes _____

• Score d'Apgar à 10 minutes _____

Apgar nach 1 Minute

Apgar nach 5 Minuten

Apgar nach 10 Minuten

Quel pH a été mesuré dans le sang du cordon ombilical? _____ Ne sait pas

Welcher pH-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen?

weiß nicht

Allaitez-vous?

Stillen Sie?

Oui, j'allaite entièrement.

Ja, ich stille voll

Oui, j'allaite et je complète mon alimentation.

Ja, ich stille und füttere zu

Non, j'ai déjà arrêté d'allaiter.

Nein, ich habe schon abgestillt

Non, je n'ai pas allaité.

Nein, ich habe nicht gestillt

Ressentez-vous encore des douleurs liées à l'accouchement? Non Oui, lesquelles:

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt?

Nein Ja, welche:

Avez-vous des demandes ou des commentaires concernant la réunion?

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung?

Qui est votre médecin traitant?

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?

À mesurer et à remplir en pratique - après un diabète gestationnel

Von der Praxis zu messen und auszufüllen – nach GDM

Patienten-ID: _____

Diabetes Screening:

- o Datum: _____
- o Gewicht der Mutter: _____ kg
- o HbA1c: _____ %
- o Nüchtern-Glukose: _____ mg/dl
- o OGTT-Glukose nach 120 min: _____ mg/dl

Postpartale Nachsorge:

- o bei welchem Arzt _____
- o nach wie vielen Jahren? _____