

Datum _____

Questionnaire pour les femmes atteintes de diabète gestationnel

Veuillez 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 OuiHaben 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 OuiWurde die Geburt eingeleitet? Nein JaUn accouchement par voie basse était-il possible? Non OuiWar eine normale vaginale Geburt möglich? Nein JaUn accouchement par forceps ou une ventouse obstétricale a-t-il été nécessaire? Non OuiWar eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig? Nein JaUne 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)

 Hystérectomie

Gebärmutteroperation (Hysterektomie)

Allaitez-vous?

Stillen Sie?

Oui, j'allaite entièrement.

Ja, ich stille voll

Non, j'ai déjà arrêté d'allaiter.

Nein, ich habe schon abgestillt

Oui, j'allaite et je complète mon alimentation.

Ja, ich stille und füttere zu

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:

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

Postpartale Nachsorge:

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