

MAJ Les mises à jour (variables construites et variables corrigées) figurent en fin de chapitre, mentionnées par ce symbole.

Grandir en France



Questionnaire sur l'alimentation et le mode de vie pendant la grossesse

Questionnaire destinés aux mères.

Etiquette auto-questionnaire
Enfant 1^{er} né

Etiquette auto-questionnaire
Enfant 2^e né (si jumeau)

(reporter les identifiants Elfe)

<AQNIE>

Enfant 1^{er} né :

Enfant 2^e né (si jumeau) :

AQM Auto-questionnaire diversification
alimentaire mère : 0 Non disponible
1 Disponible

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée

*MATERNOM

Nom de la maternité :

<SCAN>

Nom du scan

ENQ

MAJ

Auto-questionnaire diversification alimentaire

mère (corrigée) : 0 Non concerné 1 Enquête réalisée 2 Enquête non réalisée

NOTE DE PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Ce questionnaire porte sur votre mode de vie et votre alimentation pendant la grossesse.

Les premières questions portent sur **vos soins pour le corps et de produits ménagers et domestiques**. Certains éléments contenus dans ces produits sont suspectés d'avoir des effets sur la santé, et notre objectif est de pouvoir les étudier plus précisément.

A propos de votre **alimentation**, les premières questions sont assez générales et portent par exemple sur vos pratiques culinaires, vos goûts, les changements liés à votre grossesse. Les questions qui suivent sont plus détaillées et portent sur votre fréquence de consommation de différents aliments au cours du dernier trimestre de votre grossesse. Nous sommes bien conscients que la grossesse peut modifier votre alimentation habituelle, mais nous nous intéressons justement à votre alimentation pendant ces trois derniers mois. Pour les aliments saisonniers, comme certains fruits (melon, abricots ...), nous vous demandons d'indiquer spécifiquement votre consommation au cours des trois derniers mois, même si elle ne vous semble pas refléter votre consommation habituelle en saison.

Les dernières questions sur l'**activité physique** nous permettront d'évaluer votre niveau global d'activité. C'est pourquoi elles portent non seulement sur vos activités sportives et de loisir, mais aussi sur vos activités quotidiennes à la maison, vos déplacements, vos activités au travail.

L'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout de la bonne qualité des informations recueillies. Il faut environ 45 minutes pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions de bien vouloir le remplir de façon aussi précise et complète que possible.

Ce questionnaire restera strictement confidentiel.

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES	1 ET 3
SOINS POUR LES CHEVEUX	4
PRODUITS DE MAQUILLAGE	4
SOINS POUR LE CORPS	5
PRODUITS MÉNAGERS	7
AUTRES PRODUITS DOMESTIQUES	7
PRATIQUES ALIMENTAIRES ET CULINAIRES	8
ALIMENTATION	11
VITAMINES ET MINÉRAUX	35
ACTIVITÉ PHYSIQUE - À LA MAISON	36
ACTIVITÉ PHYSIQUE - POUR VOUS DÉPLACER	37
ACTIVITÉ PHYSIQUE - POUR LE PLAISIR ET L'EXERCICE	38
ACTIVITÉ PHYSIQUE - AU TRAVAIL	39

Comment remplir ce questionnaire

- Utilisez de préférence un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases , vous répondez en faisant une croix dans cette case.

Exemple : Avez-vous pris des vitamines ou minéraux au cours de votre grossesse ?

Non . Oui .

- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, vous cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Si vous avez coché une case par erreur, noircissez complètement cette case et refaites une croix dans la « bonne » case qui correspond à votre réponse.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en **MAJUSCULES**.

Exemple :

G Y M N A S T I Q U E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le nombre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple :

5

- Enfin, vérifiez que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.
- N'oubliez pas d'indiquer les dates demandées ci-dessous.

Merci !

*DREML Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

/ / 20
jour mois année

*DNAISSM Quelle est votre date de naissance ?

/ / 19
jour mois année



UTILISATION DE PRODUITS DE SOINS CORPORELS ET DE BEAUTÉ

SOINS POUR LES CHEVEUX :

1. Durant votre grossesse, avez-vous utilisé les produits ci-dessous ? Si oui, à quelle fréquence ?

		Jamais	Tous les jours	Quelques fois par semaine	Une fois par semaine	Exceptionnellement
SPRAYCH	• Spray, laque, gel mousse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
APRESSH	• Après shampoing, crèmes de soins	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
TEINTURE	• Shampoing colorant, teinture	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DECOLOR	• Décolorant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
PERMA	• Produits pour permanente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DEFRIS	• Défrisant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
PRODCHEV	• Autres produits	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

PRODUITS DE MAQUILLAGE :

2. Durant votre grossesse, avez-vous utilisé les produits ci-dessous ? Si oui, à quelle fréquence ?

		Jamais	Tous les jours	Quelques fois par semaine	Une fois par semaine	Exceptionnellement
FTEINT	• Fond de teint (poudre, liquide)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DEMAQ	• Démaquillant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ROUGE	• Rouge à lèvres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
BLUSH	• Blush, fard à joues	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
YEUX	• Produits pour les yeux (mascara, fard à paupières eyeliner ou crayon pour les yeux)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
COSTRAD	• Cosmétiques traditionnels (Khôl, Surma, Kajal, Tiro)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ONGLES	• Vernis à ongles, dissolvant à ongles	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



SOINS POUR LE CORPS :

3. Durant votre grossesse, avez-vous utilisé les produits ci-dessous ? Si oui, à quelle fréquence ?

		Jamais	Tous les jours	Quelques fois par semaine	Une fois par semaine	Exceptionnellement
PARFUM	• Parfum / eau de Cologne	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
SAVON	• Savon pour le corps	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
LOTION	• Lotion pour le corps ou les mains (crèmes, laits,...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
CREMESOL	• Crème solaire (écran solaire)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
LAIBRONZ	• Lait de bronzage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
DEO	• Déodorant	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
RASAGE	• Crème de rasage ou lotions après rasage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
HUILCORP	• Huiles corporelles	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

FQDOUCH 4. Pendant votre grossesse, à quelle fréquence preniez-vous des douches ?

₀ jamais de douche

₁ plus d'une fois par jour, précisez combien de douches par jour ?

NDOUCH

₂ une fois par jour

₃ moins d'une fois par jour

TPSDOUCH 5. Si vous preniez des douches, habituellement, pendant combien de temps coulait l'eau ?

₁ 5 minutes ou moins

₂ entre 5 et 10 minutes

₃ entre 10 et 20 minutes

₄ plus de 20 minutes

FQBAIN 6. Pendant votre grossesse, à quelle fréquence preniez-vous des bains ?

- 0 jamais de bain
- 1 plus d'une fois par jour, précisez combien de bains par jour ?
- 2 une fois par jour
- 3 moins d'une fois par jour

NBAIN

TPSBAIN 7. Si vous preniez des bains, habituellement, pendant combien de temps restiez-vous dans le bain ?

- 1 moins de 20 minutes
- 2 entre 20 et 30 minutes
- 3 entre 30 minutes et une heure
- 4 plus d'une heure

PISCINE 8. Pendant la grossesse, allez-vous à la piscine pour pratiquer la natation ou les loisirs aquatiques ?

- 0 jamais
- 1 moins de 2 fois au total au cours de la grossesse
- 2 entre 2 et 8 fois au cours de la grossesse
- 3 environ une fois par mois
- 4 de 2 à 3 fois par mois
- 5 une fois par semaine
- 6 de 2 à 3 fois par semaine
- 7 au moins 4 fois par semaine



UTILISATION DE PRODUITS MÉNAGERS ET DOMESTIQUES

PRODUITS MÉNAGERS :

9. Avez-vous pratiqué des activités durant votre grossesse vous ayant conduit à utiliser ou être en contact avec les produits ci-dessous ?

	Jamais	Tous les jours	Quelques fois par semaine	1 fois par semaine	Exceptionnellement
CIREMEUB • Cire à meuble	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CIREPARQ • Cire à parquets	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
PRODENT • Produits d'entretien (cuisine, salle de bain, sols, fenêtres)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ASSOUBL • Assouplissant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
LIQVAIS • Liquide vaisselle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
VERNIBOI • Vernis à bois	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

AUTRES PRODUITS DOMESTIQUES :

10. Avez-vous pratiqué des activités durant votre grossesse vous ayant conduit à utiliser ou être en contact avec les produits ci-dessous ?

	Jamais	Tous les jours	Quelques fois par semaine	1 fois par semaine	Exceptionnellement
PEINTURE • Peintures	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SOLVANT • Solvants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ENTRVOIT • Cire ou produits entretien de la voiture	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
GPLAST • Gants en plastique	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ANIDOM • Produits de toilette pour animaux domestiques	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

QUESTIONS GÉNÉRALES SUR VOS PRATIQUES ALIMENTAIRES ET CULINAIRES

CONSALIM 11. Pendant la grossesse, avez-vous suivi des conseils sur l'alimentation des femmes enceintes provenant d'un professionnel de santé que vous avez consulté (diététicien, nutritionniste, médecin, sage femme,...) ?

₀ Non ₁ Oui

REGIME 12. Avez-vous déjà suivi un régime amaigrissant ? ₀ Non ₁ Oui

Si OUI, était-ce :

REGAVTG • dans l'année précédent la grossesse ₀ Non ₁ Oui

REGPDTG • pendant la grossesse ₀ Non ₁ Oui

13. Votre poids a-t-il varié dans l'année précédant la grossesse ?
(vous pouvez cocher plusieurs cases si votre poids a varié à plusieurs reprises de façon différente) :

₁ **VARPOIP5** prise de plus de 5 kg ₁ **VARPOIP2** prise de 2 à 5 kg ₁ **POISTABLE** poids stable

₁ **VARPOIM2** perte de 2 à 5 kg ₁ **VARPOIM5** perte de plus de 5 kg

14. Indiquez la fréquence hebdomadaire avec laquelle vous avez consommé les produits cités ci-dessous pendant votre grossesse :

		Jamais	Moins d'1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours ou presque	Systematiquement
SUCLIGHT	• Sucre light	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ALLSUC	• Produits ou boissons allégés en sucre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ALLMG	• Produits allégés en matière grasse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
BIO	• Produits issus de l'agriculture biologique*	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
MGOMEGA3	• Matières grasses enrichies en oméga 3	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
PREEMB	• Aliments pré-emballés	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
PLATPREP	• Plats préparés	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
CONSERV	• Boîtes de conserve	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

*On appelle agriculture biologique la production animale ou végétale obtenue sans apport chimique. Les produits dits « Bio » portent la mention AB.

VAISMAIN 15. Lavez-vous la vaisselle à la main ?

₀ Non, jamais ₁ Oui, occasionnellement ₂ Oui, une fois par jour ₃ Oui, plusieurs fois par jour

RECIP 16. Utilisez-vous des récipients en étain ou cristal pour conserver des aliments ?

0 Non

1 Oui

PLATCERAM 17. Utilisez vous des plats en céramique artisanale (plat à tagine par exemple) pour faire la cuisine ?

0 Non

1 Oui

18. Habituellement appréciez-vous ces saveurs ?

SAVSALE • Salé 0 Non 1 Indifférent 2 Oui

SAVACIDE • Acide (ex : citron, vinaigre, cornichon) 0 Non 1 Indifférent 2 Oui

SAVAMER • Amer (ex : endives, café, pamplemousse) 0 Non 1 Indifférent 2 Oui

SAVSUCRE • Sucré 0 Non 1 Indifférent 2 Oui

19. Au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, indiquez la fréquence hebdomadaire avec laquelle vous preniez généralement les différents repas et collations cités ci-dessous :

		Jamais	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque
PETIDEJ	• Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DEJEUNER	• Déjeuner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
GOUTER	• Goûter (ou collation) de l'après-midi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DINER	• Dîner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
COLLAT	• Entre ces repas, autres collations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

20. La fréquence hebdomadaire de ces prises alimentaires a-t-elle changé avec la grossesse ?

		Moins fréquente qu'avant la grossesse	Pareille qu'avant la grossesse	Plus fréquente qu'avant la grossesse
CHGPDJ	• Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CHGDEJ	• Déjeuner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CHGGOUT	• Goûter (ou collation) de l'après-midi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CHGDIN	• Dîner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CHGCOLL	• Entre ces repas, autres collations	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

21. Au cours de votre grossesse, avez-vous modifié votre fréquence de consommation de certains aliments ?

Répondez pour chaque catégorie d'aliment ci-dessous et signalez le cas échéant les catégories d'aliments que vous n'avez jamais consommés ni avant, ni depuis le début de la grossesse (dernière colonne).

Exemple : Vous mangez habituellement des féculents (pâtes, etc) mais au cours de votre grossesse vous en avez moins consommé, par goût ou par obligation. Par contre vous n'avez jamais mangé de viande saignante ni avant, ni pendant la grossesse. Vous devez cocher les 2 cases suivantes :

	Plus	Autant	Moins	Jamais
Pommes de terre, pâtes, riz, semoule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
Viande saignante ou crue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₀

Pour chaque catégorie d'aliments, précisez si **pendant la grossesse vous en avez consommé :**

	Plus	Autant	Moins	Jamais consommé même avant la grossesse
PAIN • Pain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
CRUDIT • Crudités, légumes crus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
LEGCUI • Légumes cuits	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
FECUL • Pommes de terre, pâtes, riz, semoule,...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
VSAIGN • Viande saignante ou crue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
VIANDE • Autres viandes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
CHARCUT • Charcuterie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
POISSON • Poisson	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
FROMLC • Fromage au lait cru	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
FROMAUT • Autres fromages	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
YAOURT • Yaourt, fromage blanc,...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
FRUITS • Fruits (frais, cuits ou secs)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
GATEAU • Gâteaux sucrés, biscuits salés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
CHOCOSUC • Chocolat et autres sucreries	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
EAUROB • Eau du robinet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
EAUBOUT • Eau minérale ou de source	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
SODA • Sodas, boissons sucrées non « light »	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
SODLIGHT • Sodas, boissons « light »	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
LAIT • Lait	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
CAFE • Café	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀
THE • Thé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀

VOTRE ALIMENTATION

LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR VOTRE ALIMENTATION DES 3 DERNIERS MOIS DE VOTRE GROSSESSE

Une liste d'aliments vous est proposée. Pour chaque aliment présenté, cochez la case correspondant à la **fréquence avec laquelle vous avez consommé cet aliment** au cours des **3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, que ce soit au cours des repas (à la maison ou à l'extérieur) ou entre les repas.**

S'il s'agit d'un groupe d'aliments, vous devez additionner le nombre de fois où vous avez consommé chacun des aliments du groupe, comme indiqué dans l'exemple ci-dessous.

Exemple : Au cours des 3 derniers mois de votre grossesse, vous avez consommé :

- de la salade verte, **2 fois par semaine**
- du cresson, **jamais**
- des épinards, **1 fois par semaine**

Vous avez donc consommé **3 fois par semaine** de ce groupe d'aliments et devez cocher la case « entre 2 et 5 fois par semaine » comme indiqué ci-dessous :

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
de la salade verte, du cresson, des épinards							
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

22. Pain et produits céréaliers : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?



Jamais

Moins d'1 fois par mois

Entre 1 et 3 fois par mois

1 fois par semaine

Entre 2 et 5 fois par semaine

1 fois par jour ou presque

Plusieurs fois par jour

PAINBL

- du pain (blanc, de mie,...)

 0 1 2 3 4 5 6

PAINCLPT

- du pain complet et autres pains spéciaux

 0 1 2 3 4 5 6

BISCOT

- des biscottes, des cracottes, des pains grillés (type suédois,...)

 0 1 2 3 4 5 6

CEREAL

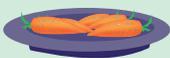
- des céréales de type petit déjeuner (corn flakes, Cheerios au chocolat, céréales soufflées, muesli...)

 0 1 2 3 4 5 6

23. Légumes crus (crudités) : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé... ?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
SALAD • de la salade verte, de la mâche, de la roquette, des épinards, du cresson	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CAROTRAP • des carottes râpées	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
AVOCAT • de l'avocat (au moins un demi-avocat) :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
AUTCRODIT • d'autres crudités (tomates, betteraves, chou, concombre, radis,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

24. Légumes cuits (frais, en conserve ou surgelés) : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé... ?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
SOUPE • de la soupe de légumes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
HARICOV • des haricots verts	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ENDIV • des endives, des épinards, du cresson	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POIREAU • des poireaux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHOU • du chou (vert, chou-fleur, Bruxelles, brocolis,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CAROTCUI • des carottes cuites	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
COURGE	• des courgettes, des aubergines, des poivrons, des tomates cuites (ratatouille,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PTPOIS	• des petits pois	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ARTICH	• des artichauts, du fenouil, des asperges, du céleri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHAMPI	• des champignons	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
LEGSEC	• des légumes secs (lentilles, haricots secs, pois chiches, fèves,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MAIS	• du maïs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POTIRON	• du potiron, des patates douces	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

25. Féculents et céréales : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
PATES	• des pâtes (macaronis, spaghettis, coquillettes,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
RIZ	• du riz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SEMOULE	• de la semoule, du blé (taboulé, en accompagnement autre que dans un couscous, Ebly)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PDTEAU	• des pommes de terre à l'eau, ou au four	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PDSTAUT	• des pommes de terre « rissolées » ou sautées :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

27. Abats, charcuterie, œufs : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé... ?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
FOIE	• du foie (génisse, volailles, autres)						
LANGUE	• de la langue de bœuf, des tripes, du boudin, des andouillettes, des ris de veau, des rognons						
SALAMI	• du saucisson sec (ou salami), y compris à l'apéritif :						
CERVELAS	• du cervelas ou de la mortadelle						
PATE	• du pâté ou des rillettes						
JAMBON	• du jambon (blanc, cru, bacon,...)						
SAUCISSE	• des saucisses fraîches ou fumées (y compris Merguez)						
OEUFPLAT	• des œufs « sur le plat », en omelette						
OEUFDUR	• des œufs « pochés, durs ou à la coque »						

28. Poisson : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
POISGEN • du poisson en général	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISFRAI • du poisson (cabillaud, lieu, merlan, sole, truite,...) frais ou congelé (sauf poisson pané)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISHUIL • du poisson à l'huile (thon, sardines,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISFUM • du poisson fumé (saumon, truite)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISSAL • du poisson salé ou en saumure (morue, hareng, anchois)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISPAINE • du poisson pané	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POISCUI • des plats cuisinés à base de poisson	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
COQUIL • des coquillages (moules, huîtres, coquilles St Jacques)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CRUSTAC • des crustacés (crevettes, crabe)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

CONSOPOIS 29. Avez-vous consommé du poisson plus d'une fois par mois au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse ?

0 Non, allez directement à la page 18

1 Oui, merci de remplir le détail des espèces consommées sur la page suivante

TABLEAU À NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ MANGÉ DU POISSON PLUS D'UNE FOIS PAR MOIS, AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS DE VOTRE GROSSESSE

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
THONFRAI • Thon frais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
THONBOIT • Thon en boîte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SARDFRAI • Sardines fraîches	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SARDBOIT • Sardines en boîte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MAQFRAI • Maquereau frais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MAQBOIT • Maquereau en boîte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SAUMON • Saumon (frais, fumé...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
HARENG • Hareng ou sprats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ESPADON • Espadon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BROCHET • Bar, brochet, flétan, perche,...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
COLIN • Cabillaud, colin, ... (frais, pané...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

30. Plats garnis : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
FRIAND	• des friands (ou croque-monsieur, crêpes fourrées, croissants au jambon,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
QUICHE	• des tartes salées (quiche,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SANDW	• des sandwichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PIZZA	• de la pizza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
RAVIOL	• des raviolis, lasagnes, pâtes fourrées	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
HAMBURG	• des hamburgers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CASSOUL	• du cassoulet	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
COUSCOUS	• du couscous	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PAELLA	• de la paëlla	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHOUCR	• de la choucroute (avec de la charcuterie)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHILI	• du chili con carne	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ALLEG	• des plats cuisinés « allégés »	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

31. Fromages et produits laitiers : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
GRUYMOR • de l'Emmental, du Gruyère, du Comté, du Beaufort • en morceaux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
GRUYRAPE • râpé sur les plats (pâtes, riz...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ROQUEF • du Roquefort, du bleu quelle qu'en soit l'origine	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHEVRE • du fromage de chèvre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
AUTFROM • autres types de fromages (camembert, brie...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FB0PC • du fromage blanc ou des yaourts à 0% de matières grasses (nature, aux fruits,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FB40PC • du fromage blanc, des petits suisses ou des yaourts à 20%, 30% ou 40% de matières grasses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ENTREM • des entremets (crèmes desserts de type Danette, liégeois, mousses, flans,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
YOGSOJA • des entremets au soja ou yaourts au soja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
GLACE • de la glace	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SORBET • des sorbets	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

32. Fruits : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
ABRICOT	• des abricots, pêches, prunes, cerises	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FRAISE	• des fraises, framboises	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
RAISIN	• du raisin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MELON	• du melon, de la pastèque	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BANANE	• des bananes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
KIWI	• des kiwis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
AGRUME	• des agrumes (oranges, mandarines, pamplemousses,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POMME	• des pommes, des poires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FEXOTIC	• des fruits exotiques (ananas, mangues, litchees, goyaves,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FRUISEC	• des fruits séchés (abricots, dattes, figues, pruneaux,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
FRUICOQ	• des fruits à coque (noix, noisettes, amandes,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

33. Biscuits, gâteaux et sucreries : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
CHOCOLAT	• du chocolat (noir, au lait, aux noisettes,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
NUTELLA	• de la pâte à tartiner au chocolat (type Nutella,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MIEL	• du miel, de la confiture ou marmelade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CHOCOPOU	• du cacao ou chocolat en poudre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BONBON	• des bonbons	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
VIENNOIS	• des viennoiseries : croissants, pains au chocolat,...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
TARTE	• de la tarte (aux fruits, au flan,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BRIOCH	• de la brioche, du cake, du quatre-quarts	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BISCUIT	• des biscuits (pur beurre, secs, à la confiture, fourrés, au chocolat,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PATISS	• des gâteaux pâtisseries (au chocolat, à la crème,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BARCHO	• des barres chocolatées (Mars, Bounty,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
BARCER	• des barres de céréales (Granny,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CACAH	• des cacahuètes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
GAPERO	• des gâteaux apéritifs salés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

34. Corps gras crus et sauces : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
BEURRE • du beurre (en ajout sur du pain, des biscottes, sur les pâtes...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MARGA • de la margarine	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MAYO • de la mayonnaise	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
VINAIGR • de la sauce vinaigrette (avec crudités...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
SSOJA • de la sauce soja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
KETCHUP • du ketchup	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CREMEFR • de la crème fraîche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

35. Epices et condiments : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

		Jamais	Moins d'1 fois par mois	Entre 1 et 3 fois par mois	1 fois par semaine	Entre 2 et 5 fois par semaine	1 fois par jour ou presque	Plusieurs fois par jour
AIL	• de l'ail	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
OIGNON	• de l'oignon, des échalotes, de la ciboulette (ou ciboule ou cive)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ANIS	• de l'anis, de l'aneth	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
EPICES	• des épices telles que cannelle, clou de girofle, cumin, noix de muscade, safran, carvi, curry	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
CORNICH	• des cornichons, des câpres, des oignons au vinaigre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
GINGEM	• du gingembre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
HFRAICH	• des herbes fraîches telles que basilic, cerfeuil, coriandre, persil, estragon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
HSECH	• des herbes sèches telles que laurier, thym, romarin, sarriette, organ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MENTHE	• de la menthe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
MOUTARD	• de la moutarde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
POIVRE	• du poivre (noir, blanc, gris, rose,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
PIMENT	• du piment, du Tabasco, de la sauce chili, du piment d'Espelette, du paprika,...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
VANILLE	• de la vanille (dans les glaces, entremets, yaourts, crèmes desserts,...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

36. Matières grasses : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, quelle matière grasse utilisiez-vous **le plus souvent** pour...
 Une seule réponse par ligne.

		aucune	beurre	margarine	huile d'arachide	huile de tournesol	huile de colza	huile d'olive	huile mélangée	graisse (oie, canard)	autre matière grasse	non concernée
MGVIAND	la cuisson des viandes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
MGPOISSON	la cuisson du poisson	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
MGFRITES	la cuisson des frites	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
MGCRUDIT	l'assaisonnement des crudités	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
MGLEGUM	la cuisson des légumes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

37. A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous avez **généralement consommée au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse**.

		Portion A		Portion B		Portion C			
QTLEGUM	Légumes								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTCRUDIT	Crudités en entrée								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTFRITES	Frites								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		

A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous avez **généralement consommée au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse.**

		Portion A		Portion B		Portion C			
QTSTEAK	Steak								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTVIANDE	Viande en sauce								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTPOULET	Escalope de poulet								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		

A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous avez **généralement consommée au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse**.

		Portion A		Portion B		Portion C			
QTCHARCUT	Charcuterie								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTPOISSON	Poisson								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTPIZZA	Tarte salée								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		

A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous avez **généralement consommée au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse**.

		Portion A		Portion B		Portion C			
QTPATES	Pâtes, riz, semoule								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTFROM	Fromage								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		
QTFROMRAP	Fromage râpé								
		Plus petit que « A » <input type="checkbox"/> 1	« A » <input type="checkbox"/> 2	« B » <input type="checkbox"/> 3	« C » <input type="checkbox"/> 4	Plus grand que « C » <input type="checkbox"/> 5	Non consommé <input type="checkbox"/> 0		

A l'aide des photographies qui vous sont présentées, pouvez-vous indiquer, pour chaque type d'aliment cité, quelle portion (A, B, ou C) correspond le plus précisément à celle que vous avez **généralement consommée au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse.**

		Portion A		Portion B		Portion C					
QTARTE	Tarte sucrée										
	Plus petit que « A »	« A »	« B »	« C »	Plus grand que « C »	Non consommé	<input type="checkbox"/>				
QTBAGUET	Pain baguette consommé au cours du repas*										
	*en dehors du petit-déjeuner et sans compter les sandwiches	Plus petit que « A »	« A »	« B »	« C »	Plus grand que « C »	Non consommé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QTPAINTR	Pain en tranche consommé au cours du repas*										
	*en dehors du petit-déjeuner et sans compter les sandwiches	Plus petit que « A »	« A »	« B »	« C »	Plus grand que « C »	Non consommé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Boissons non alcoolisées : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, combien avez-vous consommé de verres en moyenne...?

N'oubliez pas d'indiquer dans la dernière colonne, pour chaque boisson, le type de verre (A à F), que vous utilisez le plus fréquemment en vous aidant des photos ci-dessous.

	Aucun	Moins d'1 verre par mois	Entre 1 et 3 verres par mois	1 verre par semaine	Entre 2 et 5 verres par semaine	1 verre par jour ou presque	2 à 4 verres par jour	4 à 8 verres par jour	Plus de 8 verres par jour	TYPE DE VERRE (page 31)							
	• de jus d'oranges, de pamplemousses, d'ananas, de pommes, de raisins,...																
FQJUSFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVJUSFR
	• de sirop ou d'eau aromatisée																
FQSIROP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVSIROP
	• de cola (type Coca-Cola ou Pepsi), limonade ou soda (type Sprite, Fanta,...) non « light »																
FQSODA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVSODA
	• de cola (type Coca-Cola ou Pepsi), limonade ou soda (type Sprite, Fanta,...) « light »																
FQLIGHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVLIGHT
	• d'eau du robinet																
FQEAUROB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVEAUROB
	• d'eau en bouteille ou bonbonne																
FQEAUBOUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TVEAUBOUT

30

MARQUEAU1 39. Si vous avez l'habitude d'utiliser de l'eau en bouteille, quelle marque consommez-vous principalement ? (écrivez en majuscules)

MARQUEAU2

40. Habituellement est-ce que vous laissez reposer l'eau du robinet, ou la mettez au réfrigérateur avant de la boire ?

REPOSEAU Non, ni l'un, ni l'autre Oui, je la laisse reposer à température ambiante Oui, je la mets au réfrigérateur

FILTREAU 41. Avez-vous à votre domicile un dispositif de filtration ou purification d'eau du robinet (pichet filtrant, filtre vissé sur le robinet ou dispositif visé sous lévier) ? Non Oui Ne sais pas

EAUBOICH 42. Pour faire le café, le thé, les infusions ou la soupe, utilisez-vous le plus souvent : De l'eau du robinet De l'eau en bouteille ou bonbonne

**TYPE
DE VERRES**

Type A	Type B	Type C
		

Type D	Type E	Type F
 Petit (25 cl)	 Moyen (40 cl)	 Grand (50cl)

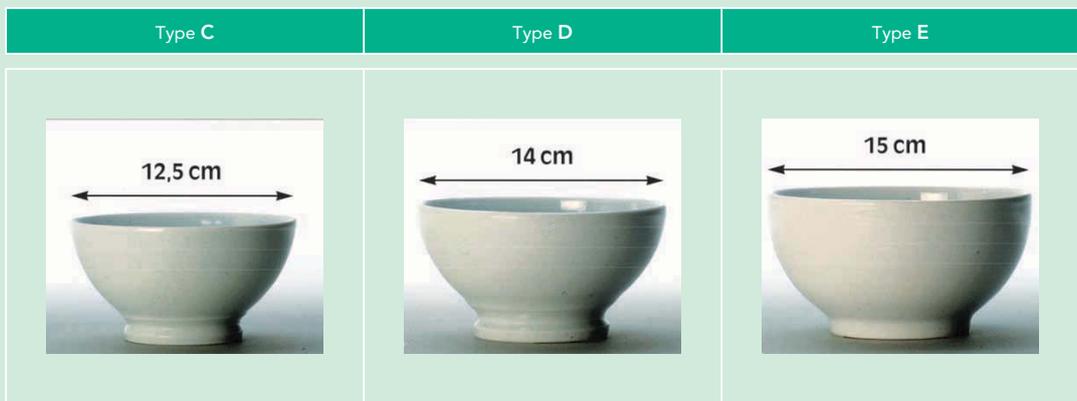
43. Lait, café, thé : au cours des 3 DERNIERS MOIS de votre grossesse, combien avez-vous consommé de bols ou tasses en moyenne...? N'oubliez pas d'indiquer dans la dernière colonne le type de tasse ou bol (A à E) que vous utilisez le plus fréquemment en vous reportant aux photos ci-dessous. Si vous ne consommez qu'une petite quantité de lait (par exemple « nuage de lait » dans le café...) chaque jour, indiquez H dans la dernière colonne.

		Aucun	Moins d'1 bol (ou tasse) par mois	Entre 1 et 3 bols (ou tasses) par mois	1 bol (ou tasse) par semaine	Entre 2 et 5 bols (ou tasses) par semaine	1 bol (ou tasse) par jour ou presque	Plusieurs bols (ou tasses) par jour	TYPE DE TASSE OU BOL (page 33)	
FQLAIENT	• de lait entier	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBLAIENT
FQLAIDEMI	• de lait demi-écrémé	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBLAIDEMI
FQLECREME	• de lait écrémé	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBLECREME
FQBOISSOJA	• de boissons au soja	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBBOISSOJA
FQCAFE	• de café (y compris décaféiné)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBCAFE
FQTHE	• de thé	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	TBTHE

44. Buvez-vous des boissons décaféinées (café ou thé, cola, soda...)?

DECAF ₀ jamais ₁ rarement ₂ parfois ₃ souvent ₄ toujours

**TYPE DE BOLS
ET TASSES**



45. Boissons alcoolisées :

NBVERDBG a. Combien avez-vous consommé de verres **PAR MOIS**, au cours de la période où vous étiez enceinte sans le savoir ?

- pas d'alcool durant cette période 0
- moins d'un verre par mois durant cette période 1
- au moins un verre par mois durant cette période 2

Si vous avez consommé plus d'un verre par mois, indiquez le nombre de verres au total **PAR SEMAINE**, week-ends compris. **Donnez un chiffre rond. Par exemple, pour moins d'un verre par semaine : indiquez 1.**

- | | | |
|-----------------|--|---|
| CIDREDBG | • de cidre ou de bière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| VINDBG | • de vin blanc, rouge ou rosé | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| APERODBG | • d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini,...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| WHISKDBG | • d'alcools forts (whisky, gin, vodka, premix,...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

NBVERG b. Combien avez-vous consommé de verres **PAR MOIS**, depuis que vous avez su que vous étiez enceinte ?

- pas d'alcool durant cette période 0
- moins d'un verre par mois durant cette période 1
- au moins un verre par mois durant cette période 2

Si vous avez consommé plus d'un verre par mois, indiquez le nombre de verres au total **PAR SEMAINE**, week-ends compris. **Donnez un chiffre rond. Par exemple, pour moins d'un verre par semaine : indiquez 1.**

- | | | |
|---------------|--|---|
| CIDREG | • de cidre ou de bière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| VING | • de vin blanc, rouge ou rosé | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| APEROG | • d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini,...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| WHISKG | • d'alcools forts (whisky, gin, vodka, premix,...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

ALCOOL3V c. **Pendant votre grossesse**, combien de fois vous est-il arrivé de boire 3 verres d'alcool ou plus en une même occasion, y compris lors d'évènements festifs comme les fêtes d'anniversaire, le réveillon,...

- jamais 0
- moins d'une fois par mois 1
- 1 fois par mois 2
- 1 fois par semaine ou plus 3

VITAMINES ET MINÉRAUX

VITAG 46. Avez-vous pris des vitamines, minéraux ou d'autres compléments nutritionnels au cours de la grossesse ?

₀ Non ₁ Oui ₉ Ne sais pas

SI OUI,

VITAMEL a. Était-ce sous forme de mélanges de vitamines, minéraux ou autres compléments ?

₀ Non ₁ Oui ₉ Ne sais pas

b. Pouvez-vous indiquer dans la liste ci-dessous les vitamines, minéraux ou autres compléments que vous avez pris, que cela soit sous forme de mélange ou isolément ?
(cochez toutes les cases qui correspondent à votre cas)

VITAA ₁ Vitamine A

VITAC ₁ Vitamine C

VITAD ₁ Vitamine D

VITAE ₁ Vitamine E

VITAB9 ₁ Vitamine B 9 (acide folique)

FER ₁ Fer

CALCIUM ₁ Calcium

MAGNE ₁ Magnésium

FLUOR ₁ Fluor

ACIDEG ₁ Acides gras Oméga 3

VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les questions qui suivent portent sur vos activités au cours des **3 DERNIERS MOIS de votre grossesse**. Il est très important que vous répondiez en tout honnêteté. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous voulons simplement avoir une idée de votre niveau global d'activité physique.

A LA MAISON...

47. Au cours des **3 derniers mois** de votre grossesse, lorsque vous n'étiez **PAS** au travail,

a. combien de temps avez-vous passé en moyenne **PAR JOUR** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 1 heure	1 heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 3 heures	3 heures ou plus
REPAS	• Préparer les repas (cuisiner, mettre la table, faire la vaisselle)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
OQPASS	• Habiller, donner le bain, faire manger les enfants dans la position assise	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
OQPDEB	• Habiller, donner le bain, faire manger les enfants dans la position debout	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
JEUENF	• Jouer avec les enfants dans la position assise ou debout	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
JEUDEPL	• Jouer avec les enfants en marchant ou en courant	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
PORTENF	• Porter les enfants	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
OQPADULT	• Vous occuper d'un adulte plus âgé	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ASSORDI	• Être assise pour utiliser l'ordinateur ou écrire <i>Pas pour le travail</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
JEUANIM	• Jouer avec votre animal de compagnie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
COURSES	• Faire des courses (de nourriture, de vêtements,...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
MENAGE	• Faire de petites tâches ménagères (les lits, la lessive, ranger, repasser...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

b. combien de temps avez-vous passé en moyenne **PAR SEMAINE** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 1 heure	1 heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 3 heures	3 heures ou plus
PELTRAC	• Tondre la pelouse, assise sur un tracteur de pelouse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
JARDIN	• Tondre la pelouse en marchant, ratisser, jardiner	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
MENPEN	• Faire des tâches ménagères plus pénibles (passer l'aspirateur, balayer, laver le sol, les vitres...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

c. combien de temps avez-vous passé en moyenne **PAR JOUR** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 4 heures	4 heures à moins de 6 heures	6 heures ou plus
TELE	• Regarder la télévision ou une vidéo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ASSLIRE	• Être assise pour lire, parler ou téléphoner <i>Pas pour le travail</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

POUR VOUS DÉPLACER...

48. Au cours des **3 derniers mois** de votre grossesse, combien de temps avez-vous passé en moyenne **PAR JOUR** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 1 heure	1 heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 3 heures	3 heures ou plus
MLENTQ	• Marcher lentement pour vous rendre quelque part (à l'arrêt de bus, à votre travail, chez quelqu'un...) <i>Pas pour vous promener ou faire de l'exercice</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
MRAPQ	• Marcher rapidement pour vous rendre quelque part (à l'arrêt de bus, à votre travail, chez quelqu'un...) <i>Pas pour vous promener ou faire de l'exercice</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
TRANSP	• Conduire ou être transportée en bus, en voiture...	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

POUR LE PLAISIR OU POUR FAIRE DE L'EXERCICE...

49. Au cours des **3 derniers mois** de votre grossesse, combien de temps avez-vous passé en moyenne, **PAR SEMAINE** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 1 heure	1 heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 3 heures	3 heures ou plus
MLENTH	• Marcher lentement pour vous promener ou faire de l'exercice	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
MRAPH	• Marcher plus rapidement pour vous promener ou faire de l'exercice	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
MMONT	• Marcher rapidement tout en montant (une côte, une rue pentue) pour vous promener ou faire de l'exercice	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
COURIR	• Courir (jogging)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
GYMPREN	• Faire de la gymnastique prénatale (spéciale femme enceinte)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
NAGER	• Nager	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
DANSER	• Danser	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

50. Si vous avez fait d'autres activités physiques de loisir ou sportives non mentionnées dans le tableau ci-dessus, merci de préciser lesquelles et d'indiquer pour chacune d'elle, le temps passé **PAR SEMAINE**...

	Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 1 heure	1 heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 3 heures	3 heures ou plus
AUTAC1	• Type d'activité (écrivez en majuscules) :					
	<input type="text"/>					
FQAUTAC1	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
AUTAC2	• Type d'activité (écrivez en majuscules) :					
	<input type="text"/>					
FQAUTAC2	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
AUTAC3	• Type d'activité (écrivez en majuscules) :					
	<input type="text"/>					
FQAUTAC3	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

AU TRAVAIL...

Répondez aux questions ci-dessous si vous avez travaillé (qu'il s'agisse d'une activité professionnelle ou d'un travail volontaire) ou si vous étiez étudiante, au cours des **3 derniers mois** de votre grossesse.

Sinon, vous n'avez pas besoin de compléter cette partie du questionnaire.

51. Au cours des **3 derniers mois** de votre grossesse, et avant votre départ en congès (arrêt définitif avant la naissance),

NJTRAV

- combien de JOURS par semaine travailliez-vous habituellement :
Exemples : si 5 jours notez 5,0 - si 2 jours et demi (temps partiel) notez 2,5

, jours/semaine

NHTRAV

- combien d'HEURES par semaine au total travailliez-vous habituellement :

heures/semaine

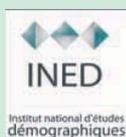
52. Pendant les **3 derniers mois** de votre grossesse et au cours d'une journée typique de travail, combien de temps passiez-vous en moyenne **PAR JOUR** à...

		Aucun	Moins d'une ½ heure	½ heure à moins de 2 heures	2 heures à moins de 4 heures	4 heures à moins de 6 heures	6 heures ou plus
TRAVASS	• Etre assise	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
TRAVPORT	• Etre debout ou marcher lentement tout en portant quelque chose d'assez lourd (de plus de 3-4 kg)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
TRAVDEB	• Etre debout ou marcher lentement mais sans porter quoi que ce soit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
TRAVCPOR	• Marcher vite tout en portant quelque chose d'assez lourd (de plus de 3-4 kg)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
TRAVCOUR	• Marcher vite mais sans porter quoi que ce soit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Merci de votre participation

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Unité mixte Ined-Inserm ELFE .

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr.Marie-Aline Charles, directrice de l'unité mixte Ined-Inserm ELFE, 133 bd Davout, 75980 Paris Cedex 20.



Inserm
 Institut national
 de la santé et de la recherche médicale

