

**INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES**  
27, rue du Commandeur - PARIS - XIV<sup>e</sup>

**CORRÉLATION DES STRUCTURES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES  
ET DES NAISSANCES PRÉMATURÉES**

**CADRE A REMPLIR AVANT L'ENQUÊTE**

N° du questionnaire

Département .....

Commune .....

Date de l'interrogatoire .....

Nom de l'enquêtée .....

N° du lit tiré ou de la chambre .....

N° du dossier de l'accouchée à la maternité .....

Nom de la Maternité et adresse .....

Maternité publique (1) privée (2)

Avec chirurgie (1) sans chirurgie (2)

Nombre d'accouchements survenus l'année précédente dans cette maternité :

**LES PARENTS**

1 — Nom de la Mère .....

Prénom .....

2 — Date de naissance .....

3 — Commune de naissance .....

rurale (1) urbaine (2)

4 — Département .....

5 — Pays Af. du Nord (1), Europe (2), autre (3)

6 — Adresse .....

7 — Etat matrimonial de l'enquêtée

Célibataire (1) Mariée (2) Vivant maritalement (3)

Divorcée ou séparée (4) Veuve (5)

Date du dernier mariage .....

8 — Avez-vous un lien de parenté avec votre mari : OUI (1) NON (2)

Si OUI, lequel ? Oncle-nièce (1) Tante-neveu (2) Cousins germains (3) Autre (4) S. R. (0)

9 — Vos parents avaient-ils un lien de parenté : OUI (1) NON (2)

**ETUDES ET PROFESSION — CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE LOGEMENT**

10 — Avez-vous été à l'école (1) au collège (2) au lycée (3)

fait ensuite des études supérieures (1)

techniques ou professionnelles (2)

aucune étude (3)

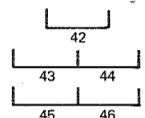
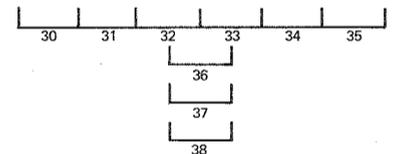
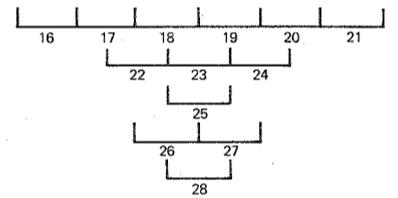
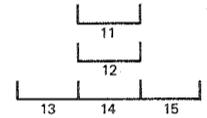
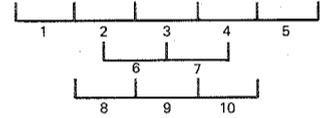
11 — Avez-vous obtenu un ou des diplômes ? OUI (1) NON (2)

lesquels .....

12 — Avez-vous une profession ? OUI (1) NON (2)

si OUI, laquelle (donnez le maximum de précision) .....

13 — Combien de semaines avant l'accouchement avez-vous cessé de l'exercer .....





30 — Avez-vous l'habitude de fumer ? OUI (1) NON (2)

Si OUI, plus de 10 cigarettes par jour (1) moins de 10 cigarettes (2)

Pendant la grossesse, fumiez-vous par jour le même nombre de cigarettes ? OUI (1) NON (2)

Si NON, avez-vous totalement arrêté de fumer (1) ou fumiez-vous moins (2)

A quel mois de grossesse s'est produit ce changement ? .....mois

78  
79  
80  
1 2 3 4 5  
6  
7  
8

31 — Avant votre grossesse, quels étaient votre poids ..... votre taille .....

9 10 11 12 13 14

31 bis — Quelle a été votre prise de poids maximale ? .....

15 16

32 — Date du début des dernières règles .....

17 18 19 20 21 22

33 — Durée du cycle ..... semaines

cycle régulier (1) cycle irrégulier (2)

23 24

25

34 — Date prévue de l'accouchement, lors de la première visite prénatale (jour, mois année) : .....

A-t-elle été calculée à partir des dernières règles ? OUI (1) NON (2)

26 27 28 29 30 31

32

35 — Complications au cours de cette grossesse ? OUI (1) NON (2) S. R. (0)

Si OUI : Toxémie (1) Hémorragies (2) Autres complications (3) S. R. (0)  
ante partum

33

34

36 — Avez-vous suivi un traitement ou une intervention au cours de cette grossesse OUI (1) NON (2)

si oui lequel ? .....

35

37 — Au cours des derniers mois de cette grossesse avez-vous pu prendre quotidiennement un repos allongé OUI (1) NON (2)

36

38 — Déroulement de cet accouchement spontané (1) déclenché (2) forceps (3) césarienne (4) S. R. (0)

37

## LE NOUVEAU-NÉ

39 — Date de naissance .....

38 39 40 41 42 43

40 — Sexe M (1) F (2)

44

41 — Poids ..... kgs

45 46

41 bis — A.p.g.a.r. .... à 1 minute  (1) à 5 minutes  (2)

47

42 — Réanimation OUI (1) NON (2) Si oui : Respiratoire OUI (1) NON (2) Cardiaque OUI (1) NON (2)

Durée de la réanimation respiratoire : ..... minutes

48 49 50

51 52

43 — Le cas échéant, date de décès du nouveau-né s'il est décédé à la maternité .....

53 54 55 56 57 58

44 — Naissance gémellaire (\*): Jumeau homozygote (1) hétérozygote (2)

Sexe M (1) F (2) poids ..... kgs

Réanimation OUI (1) NON (2) Respiratoire OUI (1) NON (2) Cardiaque OUI (1) NON (2)

Si OUI, durée de la réanimation respiratoire ..... minutes

Le cas échéant, date de décès s'il est décédé à la maternité .....

Age (en heures) .....

59

60 61 62

63 64 65

66 67

68 69 70 71 72 73

45 — En cas de transfert, nom et adresse de l'établissement pour les prématurés .....

46 — Rang de naissance du nouveau-né

ne comptez que les enfants nés vivants 1<sup>er</sup> 2<sup>e</sup> 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> 5<sup>e</sup> 6<sup>e</sup> 7<sup>e</sup> 8<sup>e</sup> 9<sup>e</sup> +

74

47 — Si ce n'est pas la première, cette naissance a-t-elle été précédée par :

- une naissance normale ..... 1
- une naissance prématurée ..... 2
- une césarienne ..... 3
- une fausse couche spontanée avec curetage ..... 4
- une fausse couche spontanée sans curetage ..... 5
- une fausse couche provoquée avec curetage ..... 6
- une fausse couche provoquée sans curetage ..... 7
- sans réponses ..... 0

75

(\*) Le cas échéant, indiquer s'il s'agit de triplés

