

COVID-19 Vaccines International Pregnancy Exposure Registry

Modules

Une collaboration de :

[Brand Name]

19 avril 2022

A propos de vous

Dans ce module, nous vous posons quelques questions pour mieux vous connaître.

Les champs marqués d'un (*) sont obligatoires.

Où habitez-vous ?

(Dropdown) Valeurs : liste de pays

Dans quel région/département vivez-vous ?

(text box)

Quelles catégories vous décrivent ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) *

- Blanc / Caucasien - Par exemple, allemand, irlandais, anglais, italien, polonais, français.
- Origine hispanique, latine ou espagnole - par exemple, mexicain ou mexicano-américain, portoricain, cubain, salvadorien, dominicain ou colombien.
- Asiatique - Par exemple, chinois, philippin, vietnamien, coréen ou japonais.
- Asiatique du Sud - Par exemple, Bangladeshi, Bhoutanais, Indien, Pakistanais, Népalais.
- Noir ou afro-américain - Par exemple, Jamaïcain, Haïtien, Nigérian, Éthiopien, Somalien.
- Moyen-Orient ou Afrique du Nord - Par exemple, libanais, iranien, égyptien, syrien, marocain ou algérien.
- Natif hawaïen ou autre insulaire du Pacifique - Par exemple, natif hawaïen, samoan, chamorro, tongien, fidjien, marshallais.
- Amérindien ou autochtone d'Alaska - Par exemple, la nation Navajo, la confédération des pieds noirs, les Mayas, les Aztèques, le village autochtone de Barrow, le gouvernement traditionnel Inupiat, la communauté esquimaude de Nome.
- Autre/Origines multiples

Veuillez expliquer : *

(Open text box, input required) (Check box, user can select multiple)

Les questions suivantes concernent le moment où vous êtes tombée enceinte.

Quel était le plus haut diplôme ou niveau d'études que vous aviez au moment où vous êtes tombée enceinte ?

- Jamais fréquenté l'école
- École primaire
- Pendant le lycée

- Baccalauréat général ou niveau équivalent
 - Pendant les études universitaires
 - Licence ou niveau équivalent
 - Master ou niveau équivalent
 - Doctorat
- (radio button)

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation professionnelle au moment où vous êtes devenue enceinte ?

- Employée à temps plein (35 heures ou plus par semaine)
 - Employée à temps partiel (moins de 35 heures par semaine)
 - Employée mais en congé maternité
 - Sans emploi, à la recherche d'un emploi
 - Sans emploi, ne recherchant pas d'emploi
 - Handicapé, incapable de travailler
- (radio button)

Veillez indiquer si, au moment où vous êtes tombée enceinte...

- Vous étiez médecin, assistant médical ou infirmier dans un hôpital, une clinique ou une maison de retraite.
- Vous étiez médecin, assistant médical ou infirmier dans un secteur de la santé autre que ceux mentionnés ci-dessus.
- Vous travailliez dans un hôpital, une clinique, un cabinet privé ou une maison de retraite, mais pas en tant que médecin, assistant médical ou infirmier.
- Aucun de ces éléments
- Vous travailliez à un autre poste essentiel/clé

(Radio Button)

[si vous avez choisis « autre poste essentiel/clé »]

(Expliquez)

(textbox)

Disposiez-vous d'une couverture médicale, par exemple, par le biais de votre gouvernement, de la sécurité sociale, une mutuelle de votre employeur ou d'un membre de votre famille au moment où vous êtes tombée enceinte ? *

- Oui
- Non

Antécédents de grossesses et état de santé

Nous aimerions connaître vos éventuelles grossesses passées, si vous en avez eu, et votre état de santé.

Les champs marqués d'un (*) sont obligatoires.

Est-ce votre première grossesse ? *

- Oui
- Non

(Radio Box)

[Si l'utilisateur sélectionne « Non »]

Combien de fois avez-vous été enceinte ? (Sans compter votre grossesse actuelle) *

(Numeric) Valeurs : 1 à 20

Combien de grossesses passées se sont terminées par la naissance d'un bébé vivant ? *

(Numeric)

Combien de grossesses passées se sont terminées par la naissance d'un bébé mort-né (après 20 semaines de grossesse ou plus) ? *

(Numeric)

Combien de grossesses passées se sont terminées par une grossesse extra-utérine ou tubaire ? *

(Numeric)

Combien de grossesses antérieures se sont terminées par une fausse couche/un avortement spontané (moins de 20 semaines de gestation) ? *

(Numeric)

Combien de grossesses antérieures se sont terminées par une interruption volontaire de grossesse (IVG) ? *

(Numeric)

Quel était votre état de santé général lorsque vous êtes tombée enceinte ? *

- Excellent (en parfaite santé, pas de maladie)
- Très bon
- Bon (quelques problèmes de santé, mais généralement correct)

- Mauvais
- Très mauvais (problèmes de santé importants)

(Radio Button)

Un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez une grossesse à haut risque ?

(Dropdown) Valeurs :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

(Drop down)

Veillez sélectionner les pathologies dont vous souffriez, le cas échéant, au moment où vous êtes tombée enceinte (choisissez toutes celles qui s'appliquent).

- Aucun
- Abus d'alcool
- Anorexie
- Anxiété
- Arythmie
- Asthme
- Trouble du déficit de l'attention (TDA)
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)
- Crises de boulimie
- Trouble bipolaire
- Caillot de sang
- Cancer

[Si vous avez sélectionné « Cancer »]

Sélectionnez tous les types de cancer qui s'appliquent *

- Tumeur cérébrale
 - Cancer du poumon
 - Cancer du sein
 - Cancer du côlon
 - Cancer de la peau
 - Cancer de l'utérus
 - Cancer des ovaires
 - Autre
- (checkbox)

- Maladie hépatique chronique