

# Questionnaire devenir des enfants issus de grossesses pendant le suivi de Nutrinet-Santé

## Introduction :

---

Cher(es) Nutrinautes,

Nous allons vous demander des informations concernant vos enfants et les grossesses dont ils sont issus.

**Si vous avez accouché de plusieurs enfants pendant votre suivi dans NutriNet-Santé, nous vous invitons à renseigner les informations concernant uniquement votre premier enfant.**

**Si le premier enfant dont vous avez accouché pendant votre suivi NutriNet-Santé est issu d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés etc...), nous vous invitons à renseigner des informations concernant le premier né.**

Une partie des questions nécessite de consulter le carnet de santé des enfants concernés. Vous pouvez déjà vous munir du ou des carnet(s) de santé des enfants que vous avez eus pendant votre suivi dans NutriNet-Santé. Bien qu'il soit préférable de l'avoir, si vous n'y avez pas accès, il reste possible de répondre au questionnaire.

Les informations recueillies contribueront à faire avancer la recherche sur les liens possibles entre l'alimentation pendant la grossesse et la croissance ainsi que la santé des enfants nés au cours de votre participation à l'étude NutriNet-Santé.

Pour nous aider encore plus avec ce projet de recherche, et si vous ne l'avez pas déjà fait, n'hésitez pas à compléter le questionnaire "Fréquence alimentaire bio - Partie 1" que vous avez reçu récemment.

Comme l'ensemble des données collectées dans NutriNet-Santé, ces informations (y compris celles issues des carnets de santé), sont cryptées, stockées de façon sécurisée et accessibles uniquement aux membres habilités de l'équipe de recherche, conformément à la réglementation en vigueur.



## Partie 1 : Nombre d'enfants

---

**Combien d'enfants nés-vivants avez-vous eus au cours de votre vie (hors adoption) ?**

Choisissez...

**Combien d'enfants nés vivants avez-vous eus depuis votre inscription dans l'étude NutriNet-Santé (hors adoption) ?**

Choisissez...

## Partie 1 : Nombre d'enfants (cont.)

---

**Seriez-vous d'accord pour nous donner des informations concernant votre second enfant dans un questionnaire qui vous serait proposé dans plusieurs mois ?**

Oui  Non

**Ce second enfant est-il issu de la même grossesse que votre premier enfant depuis votre inscription à l'étude NutriNet-Santé (jumeaux, triplés...) ?**

Oui  Non

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute

---

**Dans la partie suivante, nous allons vous demander des informations sur la grossesse dont est issu le premier enfant (hors adoption) que vous avez eu depuis votre inscription à l'étude NutriNet-Santé.**

### Avant et pendant la grossesse :

**Avant cette grossesse, excluiez-vous certains ou la totalité des produits d'origine animale (végétarisme, végétalisme, ou autre) ?**

Oui  Non

**Si Oui :**

- J'excluais la viande mais pas le poisson (alimentation pesco-végétarienne)
- J'excluais la viande et le poisson, mais pas nécessairement les produits laitiers ou les œufs (alimentation végétarienne)
- J'excluais tous les aliments issus des animaux (ex : œufs, produits laitiers, miel) (alimentation végétalienne)
- J'excluais tous les aliments issus des animaux de mon alimentation, les produits cosmétiques testés sur les animaux et les produits d'habillement (ex : cuirs, laines) utilisant des matériaux issus d'animaux (mode de vie végane)

**Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous orientés vers ce régime avant votre grossesse ?**

- Une ou un médecin ou professionnelle médicale ou professionnel médical (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) me l'a recommandé
- Une professionnelle ou un professionnel paramédical (diététicienne ou diététicien, infirmière ou infirmier) me l'a recommandé
- Une ou un naturopathe, une doula, ou autre professionnelle ou professionnel me l'a recommandé
- Ma ou mon coach ou entraîneuse ou entraîneur sportif me l'a recommandé
- Mon entourage me l'a conseillé
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des supports écrits (livres, brochures, magazines d'information sur la parentalité)
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur les réseaux sociaux
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des sites internet spécialisés
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées grâce à des intelligences artificielles (type ChatGPT, Mistral,

Gemini)

J'ai décidé seul(e), sur la base de mes propres connaissances

J'ai décidé seul(e), pour des raisons autres

**Avez-vous continué cette forme de végétarisme pendant votre grossesse ?**

Oui  Non

**Quel régime avez-vous donc suivi pendant votre grossesse ?**

J'ai repris un régime alimentaire contenant de la viande, du poisson, des produits laitiers et des œufs (alimentation omnivore)

J'ai exclu la viande mais pas le poisson (alimentation pesco-végétarienne)

J'ai exclu la viande et le poisson, mais pas nécessairement les produits laitiers ou les œufs (alimentation végétarienne)

J'ai exclu tous les aliments et sous-produits issus des animaux (ex : œufs, produits laitiers, miel) (alimentation végétalienne)

J'ai exclu tous les aliments issus des animaux de mon alimentation, les produits cosmétiques testés sur les animaux et les produits d'habillement (ex : cuirs, laines) utilisant des matériaux issus d'animaux (mode de vie végane)

**Pendant votre grossesse, pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous orientés vers ce régime ?**

Une ou un médecin ou professionnelle médicale ou professionnel médical (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) me l'a recommandé

Une professionnelle ou un professionnel paramédical (diététicienne ou diététicien, infirmière ou infirmier) me l'a recommandé

Une ou un naturopathe, une doula, ou autre professionnelle ou professionnel me l'a recommandé

Ma ou mon coach ou entraîneuse ou entraîneur sportif me l'a recommandé

Mon entourage me l'a conseillé

J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des supports écrits (livres, brochures, magazines d'information sur la parentalité)

J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur les réseaux sociaux

J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des sites internet spécialisés

J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées grâce à des intelligences artificielles (type ChatGPT, Mistral, Gemini)

J'ai décidé seul(e), sur la base de mes propres connaissances

J'ai décidé seul(e), pour des raisons autres

**Pendant votre grossesse, pour quelle(s) raisons avez-vous gardé cette forme de végétarisme ?**

Une ou un médecin ou professionnelle médicale ou professionnel médical (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) me l'a recommandé

Une professionnelle ou un professionnel paramédical (diététicienne ou diététicien, infirmière ou infirmier) me l'a recommandé

Une ou un naturopathe, une doula, ou autre professionnelle ou professionnel me l'a recommandé

Ma ou mon coach ou entraîneuse ou entraîneur sportif me l'a recommandé

Mon entourage me l'a conseillé

J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des supports écrits (livres, brochures, magazines d'information

sur la parentalité)

- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur les réseaux sociaux
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des sites internet spécialisés
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées grâce à des intelligences artificielles (type ChatGPT, Mistral, Gemini)
- J'ai décidé seul(e), sur la base de mes propres connaissances
- J'ai décidé seul(e), pour des raisons autres

**Pendant votre grossesse, excluez-vous certains ou la totalité des produits d'origine animale (végétarisme, végétalisme, ou autre) ?**

- Oui  Non

**Si Oui :**

- J'excluais la viande mais pas le poisson (alimentation pesco-végétarienne)
- J'excluais la viande et le poisson, mais pas nécessairement les produits laitiers ou les œufs (alimentation végétarienne)
- J'excluais tous les aliments issus des animaux (ex : œufs, produits laitiers, miel) (alimentation végétalienne)
- J'excluais tous les aliments issus des animaux de mon alimentation, les produits cosmétiques testés sur les animaux et les produits d'habillement (ex : cuirs, laines) utilisant des matériaux issus d'animaux (mode de vie végane)

**Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous orientés vers ce régime pendant votre grossesse ?**

- Une ou un médecin ou professionnelle médicale ou professionnel médical (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) me l'a recommandé
- Une professionnelle ou un professionnel paramédical (diététicienne ou diététicien, infirmière ou infirmier) me l'a recommandé
- Une ou un naturopathe, une doula, ou autre professionnelle ou professionnel me l'a recommandé
- Ma ou mon coach ou entraîneuse ou entraîneur sportif me l'a recommandé
- Mon entourage me l'a conseillé
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des supports écrits (livres, brochures, magazines d'information sur la parentalité)
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur les réseaux sociaux
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des sites internet spécialisés
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées grâce à des intelligences artificielles (type ChatGPT, Mistral, Gemini)
- J'ai décidé seul(e), sur la base de mes propres connaissances
- J'ai décidé seul(e), pour des raisons autres

**Après la grossesse, avez-vous exclu certains ou la totalité des produits d'origine animale (végétarisme, végétalisme, etc...) ?**

- Oui  Non

**Si Oui :**

- J'excluais la viande mais pas le poisson (alimentation pesco-végétarienne)
- J'excluais la viande et le poisson, mais pas nécessairement les produits laitiers ou les œufs (alimentation végétarienne)
- J'ai exclu tous les aliments et sous-produits issus des animaux (ex : œufs, produits laitiers, miel) (alimentation végétalienne)

J'excluais tous les aliments issus des animaux de mon alimentation, les produits cosmétiques testés sur les animaux et les produits d'habillement (ex : cuirs, laines) utilisant des matériaux issus d'animaux (mode de vie végane)

### **Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous orientés vers ce régime après votre grossesse ?**

- Une ou un médecin ou professionnelle médicale ou professionnel médical (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) me l'a recommandé
- Une professionnelle ou un professionnel paramédical (diététicienne ou diététicien, infirmière ou infirmier) me l'a recommandé
- Une ou un naturopathe, une doula, ou autre professionnelle ou professionnel me l'a recommandé
- Ma ou mon coach ou entraîneuse ou entraîneur sportif me l'a recommandé
- Mon entourage me l'a conseillé
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des supports écrits (livres, brochures, magazines d'information sur la parentalité)
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur les réseaux sociaux
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées sur des sites internet spécialisés
- J'ai décidé suite à des informations que j'ai trouvées grâce à des intelligences artificielles (type ChatGPT, Mistral, Gemini)
- J'ai décidé seul(e), sur la base de mes propres connaissances
- J'ai décidé seul(e), pour des raisons autres

## **Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

**Avant et/ou pendant la grossesse, étiez-vous supplémenté(e) en vitamines ou minéraux (vitamine B9/Acide folique, fer etc...) ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Précisez quels compléments sont concernés.**

**(Par exemple, si vous avez été complémenté en vitamine B9/acide folique pendant la grossesse, cocher « Oui »)**

Vitamine B9/Acide Folique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Fer	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine D	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Iode/Iodine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Calcium	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Magnésium	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine B6	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Thiamine/Vitamine B1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Riboflavine/Vitamine B2	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine E	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine B12	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Zinc	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine B8	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas

Vitamine B5/Acide pantothénique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine C	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine B3/Niacine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Vitamine A/Zéaxanthine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Oméga 3 (EPA)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Oméga 6 (DHA)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Selenium	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas

**Je prenais des compléments en multivitamines et multiminéraux (plusieurs composés dans un comprimé ou gélule) :**

Oui  Non

**Si Oui**

Gestarelle®

Gynéfam® supragrossesse ou Natalben®

Oligobs®

Ogestan®

Weleda®

Autre

Veuillez préciser :

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)

**Nous allons vous demander des informations concernant les complications que vous avez pu rencontrer avant, pendant et après la grossesse (diabète, hypertension, douleurs, présence de protéines dans les urines, risque de naissance prématuré ou menace de fausse couche, hémorragie, anémie, infections).**

Je suis d'accord pour répondre aux questions sur ces complications

J'ai présenté des complications avant, pendant et/ou après cette grossesse, mais je ne souhaite pas répondre à ces questions

Je n'ai pas présenté de complications ni avant, ni pendant, ni après cette grossesse

**Avant ou cours de votre grossesse, une professionnelle ou un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) vous a-t-il informé que vous présentiez un des diabètes suivant ?**

**Diabète de type 1 préexistant avant la grossesse**

Oui  Non  Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Diabète de type 2 préexistant avant la grossesse**

Oui  Non  Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Quel traitement avez-vous suivi pendant la grossesse ?**

Modification du régime alimentaire  Traitement à l'insuline  Autre

**Diabète gestationnel (survenu ou reconnu pour la première fois au cours de la grossesse)**

Oui  Non  Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Quel traitement avez-vous suivi pendant la grossesse ?**

Modification du régime alimentaire  Traitement à l'insuline  Autre

**Au cours de votre grossesse, une professionnelle ou un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) vous a-t-il informé que vous présentiez de l'hypertension artérielle ?**

- Avant la 20ème semaine de grossesse (préexistante)
- À ou après la 20ème semaine de grossesse
- Oui, je ne me souviens plus quand
- Non

**Suite à cette hypertension artérielle, une professionnelle ou un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) vous a-t-il informé(e) que vous présentiez les symptômes suivants ?**

**Présence de protéines dans vos urines (prééclampsie)**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Vous souvenez-vous à partir de quand a été diagnostiqué la présence de protéines dans vos urines (prééclampsie) ?**

- Avant l'accouchement (2ème et 3ème trimestre de grossesse)
- Pendant l'accouchement
- Après l'accouchement
- Je ne sais pas

**Convulsions, douleurs épigastriques, œdèmes (éclampsie)**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Vous souvenez-vous à partir de quand ont été diagnostiqués ces convulsions, douleurs épigastriques, ou œdèmes (éclampsie) ?**

- Avant l'accouchement (2ème et 3ème trimestre de grossesse)
- Pendant l'accouchement
- Après l'accouchement
- Je ne sais pas

## **Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

**Au cours de votre grossesse, une professionnelle ou un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) vous a-t-il informé d'une des complications suivantes ? Précisez sur quelles périodes la ou les complications se sont présentées (Par exemple, si vous présentiez une hémorragie le premier et le second trimestre de grossesses, cochez Premier et Second trimestre de grossesse)**

**Risque de naissance prématurée ou menace de fausse couche**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**À partir de quand ce risque a été diagnostiqué ?**

- Avant la 22ème semaine de grossesse
- Après la 22ème semaine de grossesse
- Je ne sais pas

**Hémorragie**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Vous souvenez-vous à partir de quand ces hémorragies ont été diagnostiquées ?**

- Premier trimestre de grossesse

- Second trimestre de grossesse
- Troisième trimestre de grossesse
- Je ne me souviens pas

**Anémie**

- Oui  Non  Je ne sais pas

**Votre anémie a-t-elle nécessité un traitement ou suivi spécifique par une professionnelle ou un professionnel de santé (par exemple, des injections de fer par intraveineuse) ?**

- Oui  Non  Je ne sais pas/Non concerné(e)

**Vous souvenez-vous quand cette anémie a-t-elle été diagnostiquée ?**

- Premier trimestre de grossesse
- Second trimestre de grossesse
- Troisième trimestre de grossesse
- Je ne me souviens pas

**Infections materno-fœtales (stréptocoque, toxoplasmose)**

- Oui  Non  Je ne sais pas

**Vous souvenez-vous à partir de quand ces infections ont été diagnostiqués ?**

- Premier trimestre de grossesse
- Second trimestre de grossesse
- Troisième trimestre de grossesse
- Je ne me souviens pas

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

Pour compléter la partie suivante du questionnaire, vous aurez besoin d'informations contenues dans le carnet de santé de l'enfant issu de cette grossesse.

**Avez-vous accès au carnet de santé de l'enfant ?**

- Oui  Non

**Informations**

**Merci de rapporter les informations suivantes :**

**Sexe de naissance :**

- Masculin  Féminin  Intersexe

**Date de naissance (jour/mois/année) :**

**Voie d'accouchement :**

**Est-il né prématurément ?**

- Oui  Non  Je ne me souviens pas

**Souvenez-vous son poids de naissance ?**

Oui  Non

**Quel était son poids de naissance ?**

grammes

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

---

**Accouchement**

**Sexe de naissance :**

Masculin  Féminin  Intersexe

**Date de naissance (jour/mois/année) :**

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**L'age gestationnel est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en semaine d'aménorrhée révolues) :**

**Voie de naissance :**

Choisissez...

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

---

**Examen de l'enfant à la naissance**

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**Veillez préciser le poids de naissance (en grammes) :**

grammes

**La taille de naissance est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

cm

**Le périmètre crânien est disponible et lisible ?**

Oui  Non

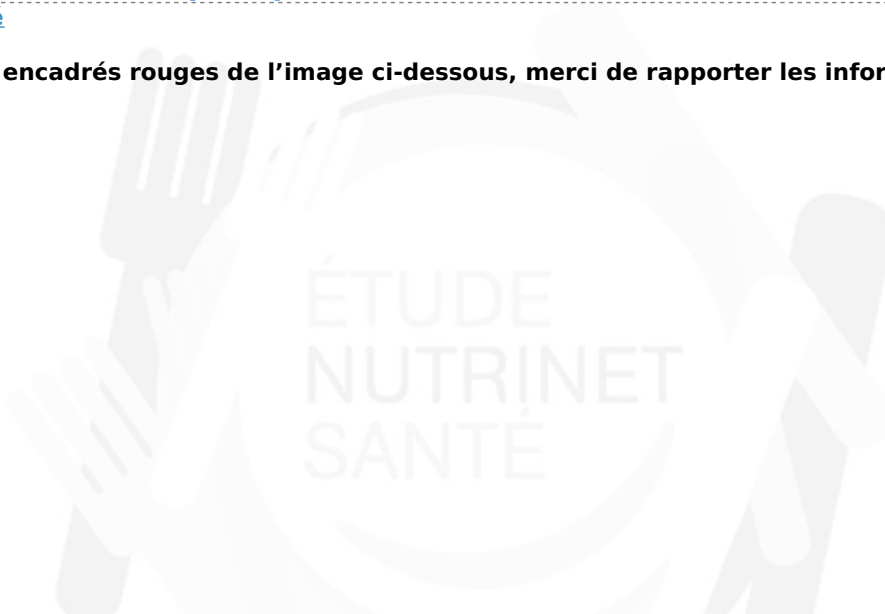
**Veillez le préciser (en cm) :**

cm

**[Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant \(hors adoption\) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute \(cont.\)](#)**

**[Sortie de maternité](#)**

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**





**La date de sortie est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids de sortie est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en grammes) :**

 grammes

**Veillez préciser le mode d'alimentation :**

## **Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

### **Croissance postnatale**

#### ***Examen du 2<sup>ème</sup> mois :***

**L'examen du deuxième mois après la naissance (ou visite médicale proche de cette date) a-t-il été fait ?**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



ÉTUDE  
NUTRINET  
SANTÉ

**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

 kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

 cm

**Le périmètre crânien est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en cm) :**

 cm

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

---

**Examen du 4<sup>ème</sup> mois :**

**L'examen du quatrième mois après la naissance a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

 kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

 cm

**Le périmètre crânien est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en cm) :**

 cm

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

**Examen du 9<sup>ème</sup> mois :**

**L'examen du huitième ou neuvième mois après la naissance a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de**

cette date)

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

 kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

 cm

**Le périmètre crânien est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en cm) :**

 cm

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

---

**Examen du 24<sup>ème</sup> mois :**

**L'examen du ving-troisième/vingt-quatrième mois après la naissance a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

 kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

 cm

**Le périmètre crânien est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en cm) :**

 cm

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)

---

### Examen de la 3<sup>ème</sup> année :

L'examen de la troisième année a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)

Oui  Non/Non concerné(e)

Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?

Oui  Non  Je ne sais pas

En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :



La date de l'examen est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser :

Le poids est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser (en kg) :

 kg

La taille est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser (en cm) :

 cm

Le périmètre crânien est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser (en cm) :

 cm

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)

---

### Examen de la 4<sup>ème</sup> année :

L'examen de la quatrième année a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)

Oui  Non/Non concerné(e)

Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?

Oui  Non  Je ne sais pas

En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :



La date de l'examen est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser :

Le poids est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser (en kg) :

 kg

La taille est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser (en cm) :

 cm

L'indice de masse corporelle (IMC) est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser :

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)

---

### Examen de la 6<sup>ème</sup> année :

L'examen de la sixième année a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)

Oui  Non/Non concerné(e)

Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?

Oui  Non  Je ne sais pas

En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :



La date de l'examen est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser :

Le poids est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser (en kg) :

 kg

La taille est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez la préciser (en cm) :

 cm

L'indice de masse corporelle (IMC) est disponible et lisible ?

Oui  Non

Veillez le préciser :

## Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)

---

*Examen entre la 8<sup>ème</sup> année et la 9<sup>ème</sup> année:*

**L'examen de la huitième année ou entre huit et neuf ans a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

 kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

 cm

**L'indice de masse corporelle (IMC) est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser :**

**La pression artérielle est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser :**

/

**Partie 2 : Informations générales concernant votre premier enfant (hors adoption) et la grossesse dont il est issu depuis que vous êtes Nutrinaute (cont.)**

---

*Examen entre la 11<sup>ème</sup> année et la 13<sup>ème</sup> année:*

**L'examen entre la onzième et la treizième année a-t-il été fait ? (Ou visite médicale proche de cette date)**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Votre enfant était-il malade lors de cet examen ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**En vous aidant des encadrés rouges de l'image ci-dessous, merci de rapporter les informations suivantes :**



**La date de l'examen est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser :**

**Le poids est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser (en kg) :**

kg

**La taille est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez la préciser (en cm) :**

cm

**L'indice de masse corporelle (IMC) est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser :**

**La pression artérielle est disponible et lisible ?**

Oui  Non

**Veillez le préciser :**

/

### Partie 3 : Alimentation du premier enfant

Les questions suivantes concernent l'alimentation de votre premier enfant au cours des 2 premières années de sa vie, et son régime alimentaire actuel.

**Actuellement, votre enfant est-il toujours nourri avec du lait maternel et/ou du lait infantile (en brique, en poudre ...) ?**

Oui  Non/Non concerné(e)

**Actuellement, quel type de lait reçoit-il ?**

Choisissez...

**Avez-vous déjà allaité votre enfant avec du lait maternel ?**

Oui  Non

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement maternel exclusif a été arrêté ? (en semaine ou mois depuis sa naissance)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement maternel non exclusif a été arrêté ? (en semaine, mois ou**

année depuis sa naissance)

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Veillez le préciser (en année) :**

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement maternel exclusif a été arrêté ? (en semaine ou mois depuis sa naissance)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Avez-vous déjà allaité votre enfant au lait maternel ?**

Oui  Non

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement maternel exclusif a été arrêté ? (en semaine ou mois depuis sa naissance)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement maternel non exclusif a été arrêté ? (en semaine ou mois depuis sa naissance)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Quel âge avait votre enfant quand l'allaitement a été arrêté de façon définitive ? (en semaine, mois ou**

année depuis la naissance de votre enfant) |

Choisissez...

**Veillez le préciser (en semaine) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Veillez le préciser (en année) :**

### Partie 3 : Alimentation du premier enfant (cont.)

---

**Quel âge avait votre enfant (en mois) quand vous avez commencé à introduire régulièrement dans son alimentation...**

**Des céréales infantiles ?** |

Choisissez...

**Des fruits ? (Y compris sous forme de compotes)**

Choisissez...

**Des fruits à coque (arachide, cacahuète, noix, noisettes, amandes, pistache...) par exemple sous forme de poudre ?**

Choisissez...

**Des légumes ? (Y compris sous forme de soupe ou purée)**

Choisissez...

**Des pommes de terre ? (Y compris sous forme de soupe ou purée)**

Choisissez...

**Du pain ?**

Choisissez...

**Du riz, des pâtes, de la semoule ?**

Choisissez...

**Des légumes secs (lentilles, fèves...) ?**

Choisissez...

**De la viande (bœuf, porc, mouton...) ?**

Choisissez...

**De la volaille ?**

Choisissez...

**Du poisson ?**

Choisissez...

**Des œufs ?**

Choisissez...

**Du fromage ou des laitages (yaourts, petits suisses...) ?**

Choisissez...

**Des entremets (crèmes desserts de type « Danette », flans, entremets...) ?**

Choisissez...

**Des biscuits ?**

Choisissez...

**Lait de vache ?**

Choisissez...

**Autre lait animal (brebis, chèvre...) ?**

Choisissez...

**Boissons végétales (riz, amande, soja...) ?**

Choisissez...

**Votre enfant exclut-il actuellement certains ou la totalité des produits d'origine animale de son alimentation ?**

Oui  Non

**Si Oui :**

- Mon enfant exclut la viande mais pas le poisson (alimentation pesco-végétarienne)
- Mon enfant exclut la viande et le poisson, mais pas les produits laitiers ou les œufs (alimentation végétarienne)
- Mon enfant exclut tous les aliments issus des animaux (ex : œufs, produits laitiers, miel) (alimentation végétalienne)
- Mon enfant exclut tous les aliments issus des animaux de son alimentation, les produits cosmétiques testés sur les animaux et les produits d'habillement (ex : cuirs, laines) utilisant des matériaux issus d'animaux (mode de vie végane)

**Partie 4 : Allergies et maladies respiratoires du premier enfant**

Les prochaines questions concernent les allergies et asthme de votre premier enfant, jusqu'à ses 17 ans.

**Asthme**

**Votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?**

Oui  Non

**À partir de quel âge a-t-il eu ces sifflements ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine dans les 12 derniers mois ?**

Oui  Non

**Votre enfant est-il asthmatique ?**

Oui  Non

**À partir de quel âge son asthme s'est-il déclaré ? (en mois ou année)**

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**L'asthme a-t-il été diagnostiqué par un(e) médecin (médecin traitant, pédiatre...) ?**

Oui  Non

**À quel âge votre enfant a-t-il été diagnostiqué ? (en mois ou année)**

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Votre enfant a-t-il pris des médicaments contre l'asthme (y compris des inhalateurs, des nébuliseurs, des comprimés ou des médicaments liquides) au cours des 12 derniers mois ?**

Oui  Non

#### **Partie 4 : Allergies et maladies respiratoires du premier enfant (cont.)**

---

##### **Allergie alimentaire**

**Votre enfant est-il intolérant au lactose ?**

Oui  Non

**À partir de quel âge son intolérance s'est-elle déclarée ? (en mois ou année)**

**Veillez le préciser (en année) :**

 année

**Veillez le préciser (en mois) :**

**L'intolérance au lactose a-t-elle été diagnostiquée par un(e) médecin (médecin traitant, pédiatre...) ?**

Oui  Non

**À quel âge votre enfant a-t-il été diagnostiqué ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Votre enfant est-il intolérant au gluten ?**

Oui  Non

**À partir de quel âge son intolérance s'est-elle déclarée ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**L'intolérance au gluten a-t-elle été diagnostiquée par un(e) médecin (médecin traitant, pédiatre...) ?**

Oui  Non

**À quel âge votre enfant a-t-il été diagnostiqué ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Votre enfant est-il atteint de la maladie cœliaque ?**

Oui  Non

**À partir de quel âge sa maladie cœliaque s'est-elle déclarée ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**La maladie cœliaque a-t-elle été diagnostiquée par un(e) médecin (médecin traitant, pédiatre...) ?**

Oui  Non

**À quel âge votre enfant a-t-il été diagnostiqué ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

#### Partie 4 : Allergies et maladies respiratoires du premier enfant (cont.)

**Votre enfant présente-t-il ou a-t-il déjà présenté une ou plusieurs allergie (s) alimentaire(s) (hors maladie coeliaque) ?**

Oui  Non

**Précisez l'aliment ou les aliments concernés, à partir de quel âge (en mois ou en année) cette ou ces allergies se sont déclarées, et si elles ont été transitoire, l'âge auquel elles ont pris fin.**

*Par exemple, si votre enfant a été allergique aux Protéines du lait de vache dès sa première année à partir de sa naissance, et que cette allergie a pris fin à ses 2 ans, sur la ligne « Protéines du lait de vache », sélectionnez « Moins de 1 an » dans la seconde colonne, et « 2 ans » dans la dernière.*

*Si vous ne souvenez plus de l'âge de déclaration, sélectionnez « Je ne me souviens pas » en 2ème colonne.*

*Si l'allergie a pris fin mais que vous ne vous souvenez plus quand, sélectionnez « Je ne me souviens pas quand l'allergie a pris fin ».*

*S'il est toujours allergique à l'allergène déclaré, sélectionnez « Il est toujours allergique ».*

#### Allergène

	Âge de déclaration	Âge de fin
Protéines du lait de vache	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Protéines du lait de chèvre	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Protéines du lait de brebis	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Blé (hors intolérance au gluten ou maladie coeliaque)	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Arachide, cacahuètes	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Poisson	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Œufs	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Fruits exotiques (kiwi, ananas, mangue, banane...)	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Soja	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Autres légumineuses (lentilles, pois, fèves, haricots...)	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>
Fruits à coque (noix de cajou, noix, noisettes, amandes, pistaches...)	<input type="text" value="Choisissez..."/>	<input type="text" value="Choisis"/>

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Voulez-vous déclarer un autre allergène ?**

Oui  Non

**Type d'allergène**

Choisissez...

**Âge de déclaration**

Choisissez...

**Âge de fin**

Choisissez...

**Votre enfant est-il suivi par une ou un allergologue pour au moins une de ces allergies ?**

Oui  Non

#### **Partie 4 : Allergies et maladies respiratoires du premier enfant (cont.)**

##### **Eczéma/dermatite atopique**

**Votre enfant a-t-il déjà eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons ...) qui démange (envie de se gratter) et qui apparaît et disparaît par intermittence pendant au moins 6 mois ?**

Oui  Non

**À quel âge a-t-il eu des éruptions pour la première fois ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Votre enfant a-t-il eu cette éruption cutanée qui démange à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois ?**

Oui  Non

**Si oui, cette éruption qui démange, a-t-elle touché au moins l'une des zones suivantes : les plis du coude, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ?**

Oui  Non

**Votre enfant a-t-il déjà présenté de l'eczéma ?**

Oui  Non

**À quel âge a-t-il eu de l'eczéma pour la première fois ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Un(e) médecin (médecin traitant, pédiatre...) a-t-il déjà posé un diagnostic d'eczéma à votre enfant ?**

Oui  Non

**À quel âge votre enfant a été diagnostiqué ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

## Partie 4 : Allergies et maladies respiratoires du premier enfant (cont.)

---

### Rhinite allergique

**Votre enfant a-t-il déjà eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors qu'il n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhinopharyngite, ni grippe...)?**

Oui  Non

**À quel âge a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois ? (en mois ou année)**

Choisissez...

**Veillez le préciser (en année) :**

**Veillez le préciser (en mois) :**

**Si oui, durant les 12 derniers mois, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) des yeux ?**

Oui  Non

### Commentaires (facultatifs)

---

**Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)**