

## Questionnaire MomActiV Post-Partum

<b>IDENTIFICATION</b>	
Nom et prénom :	
Date de naissance :	# téléphone principal:
Courriel :	
Adresse du domicile :	
<b>QUESTIONNAIRE DE SANTÉ</b>	
Nombre de grossesse au total ? : _____	
Année(s) de(des) accouchement(s) : _____	
Précisez la date de votre accouchement ? _____	
Précisez-le (les) type(s) d'accouchement vécu(s) : Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il y a eu des complications lors de l'accouchement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez (forceps, ventouse, siège, déchirure) : _____	
Avez-vous des problèmes de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez noter les conditions que vous présentez? _____	
_____	
Notez tous les médicaments que vous prenez : _____	
_____	
Quel était votre niveau d'activité physique pendant la grossesse?	
- Durée totale/semaine (Exemple au total 3x30 min/sem, donc 90 min) : _____	
- Type d'activité : _____	
- Je me suis entraînée pendant le : 1 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/>	

**CONSETEMENTS ET POLITIQUES**

**Consentez-vous à ce que votre thérapeute effectue des communications par courriel avec vous ?** (par exemple, pour les programmes d'exercices)

Oui  Non

**Loi sur la protection des renseignements personnels**

Dans le cadre des suivis effectués avec l'équipe de Physiothérapie MyoSynergie, l'OPPQ (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec) ainsi que d'autres associations exigent que les thérapeutes tiennent un dossier relatif à votre condition et aux interventions réalisées.

Conformément à la Loi 25, adoptée par le gouvernement du Québec, nous nous engageons à utiliser vos renseignements personnels uniquement dans le cadre de votre suivi, et à les conserver de manière sécuritaire. Si vous souhaitez en savoir plus sur nos politiques internes en matière de protection des renseignements personnels, vous pouvez en faire la demande auprès de votre professionnel ou de notre agente administrative.

→ En apposant mes initiales, j'autorise mon thérapeute à collecter, utiliser et consigner mes informations personnelles et médicales dans un dossier informatisé. \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*MERCİ DE BIEN COMPLÉTER LE FORMULAIRE SUIVANT AFİN DE M'AIDER À FAIRE LA CLASSIFICATION DES GROUPES ET À BIEN VOUS ACCOMPAGNER AU COURS DE VOTRE REMISE EN FORME\*\*\*\***

# QUESTIONNAIRE MENEZ UNE VIE PLUS ACTIVE PENDANT LA PÉRIODE POSTPARTUM



NOM (+ NOM DU PARENT/TUTEUR, LE CAS ÉCHÉANT) [EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE] :

DATE D'AUJOURD'HUI (JJ/MM/AAAA) ::

NBRE DE SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT:

AGE:

L'activité physique après l'accouchement entraîne de nombreux bienfaits pour la santé et est généralement sans danger pour vous et votre bébé. Cependant, dans certaines conditions, l'activité physique n'est pas recommandée. Ce questionnaire est conçu pour vous aider à déterminer si vous devriez parler à votre fournisseur de soins de santé primaires (par exemple, votre médecin ou votre sage-femme) avant de commencer ou de continuer à faire de l'activité physique.

Veillez répondre à chaque question au meilleur de vos connaissances en entourant O pour Oui ou N pour Non. **Si votre état de santé change au cours des 12 mois qui suivent votre accouchement, vous devez remplir à nouveau ce questionnaire.**

		O	N
1.	Au cours de la première année qui a suivi votre accouchement, avez-vous présenté l'une des conditions suivantes:		
	a. Perte de conscience pour quelque raison que ce soit ?		
	b. Symptômes neurologiques tels qu'une mauvaise coordination ou une faiblesse musculaire influençant l'équilibre ?		
	c. Thrombose veineuse profonde (caillot de sang dans les jambes ; peut provoquer des douleurs et un gonflement des jambes, ou une peau rouge/chaude autour de la zone douloureuse) ou embolie pulmonaire (caillot de sang dans les poumons ; peut provoquer un essoufflement, des vertiges) ?		
	d. Hypertension artérielle (>140/90mmHg) qui n'est pas stable ?		
	e. Trouble(s) alimentaire(s) ou malnutrition ?		
	f. Cardiomyopathie du postpartum (maladie cardiaque après l'accouchement)		
	g. Nouveaux symptômes de maladie cardiaque (par exemple, douleur ou gêne thoracique) ou d'accident vasculaire cérébral (par exemple, affaissement du visage, troubles de la parole) pendant les activités de la vie quotidienne ou au repos ?		
	h. Douleur abdominale intense ?		
	i. Douleur/gêne à la poitrine, vertiges ou étourdissements pendant l'activité physique ?		
	j. Difficultés respiratoires telles qu'un essoufflement au repos qui n'est pas soulagé par des médicaments ?		
	k. Maladie des reins?		
	l. Fatigue excessive (par exemple, fatigue extrême ne s'améliorant pas avec le repos)?		
	m. Infection grave accompagnée de fièvre, de courbatures ou d'un gonflement des ganglions lymphatiques ?		
	n. Fracture(s) ou autre blessure importante ?		
	o. Douleur liée à la césarienne qui s'aggrave avec l'activité physique (par exemple, douleur liée à l'incision chirurgicale) ?		
	p. Saignements vaginaux non liés aux menstruations ?		
2.	Avez-vous tout autre problème médical qui pourrait vous empêcher de faire de l'activité physique après l'accouchement ? De quel problème s'agit-il ? Veuillez préciser :		
3.	Êtes-vous préoccupée par la reprise, ou l'augmentation, de votre activité physique après l'accouchement ? Veuillez expliquer:		

**Allez à la page 2 Décrivez votre niveau d'activité physique**

# Décrivez votre niveau d'activité physique

Au cours d'une semaine typique, quels types d'activités physiques pratiquez-vous (p. ex. natation, marche, entraînement musculaire, yoga)?

---



---

Au cours de la même semaine, veuillez décrire EN MOYENNE la fréquence et la durée des activités physiques d'intensité légère, moyenne ou élevée que vous pratiquez. Voir les définitions de chaque intensité sous le tableau.

EN MOYENNE	FRÉQUENCE (fois par semaine)	INTENSITÉ (voir les définitions ci-dessous)	DURÉE (minutes par séance)
Quel était votre niveau d'activité physique au cours des <b>six mois ayant précédé votre grossesse</b> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60
Quel est votre niveau d'activité physique <b>actuel</b> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60
Quels sont vos objectifs en matière d'activité physique pour les <b>six prochains mois</b> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60

### Activité physique d'intensité

**légère:** Vous bougez, mais vous ne transpirez pas et votre respiration ne s'accélère pas. Des exemples seraient marcher pour aller chercher le courrier ou faire du jardinage léger.

### Activité physique d'intensité moyenne:

Votre fréquence cardiaque augmente et il se peut que vous transpiriez ou que votre respiration s'accélère. Vous pouvez parler, mais pas chanter. Un exemple serait la marche rapide.

### Activité physique d'intensité élevée :

Vous transpirez beaucoup, vous avez chaud, vous transpirez et vous êtes incapable de prononcer plus de quelques mots sans devoir prendre une pause pour reprendre votre souffle. Des exemples seraient le vélo stationnaire (pédalage rapide) ou la course à pied.

## Conseils généraux sur l'activité physique pendant la première année post-partum

Suivez les conseils énoncés dans l'Édition 2025 des Lignes directrices canadiennes sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil pendant la première année post-partum, qui recommandent une progression individualisée, graduelle et basée sur les symptômes vers l'atteinte de l'objectif de faire au moins 120 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée (entraînement musculaire, marche rapide, natation, jardinage), réparties sur quatre jours ou plus de la semaine : [scep.ca/menezunevieplusactive-postpartum](https://scep.ca/menezunevieplusactive-postpartum)

Nous recommandons que tout le monde soit dépisté (et traité) pour les barrières à l'activité physique : santé mentale, fonction du plancher pelvien et de la paroi abdominale, douleur musculo-squelettique, cicatrisation des plaies, fatigue excessive, sommeil insuffisant, peur du mouvement, statut de l'allaitement, soutien social/émotionnel et troubles alimentaires. Si vous avez des questions sur l'activité physique postnatale, consultez préalablement un professionnel de l'exercice qualifié ou votre professionnel de la santé. Cela permettra de vous assurer que votre activité physique est sécuritaire et qu'elle vous convient.

## Déclaration

Au meilleur de mes connaissances, tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont exacts. **Si des changements surviennent à mon état de santé, je remplirai à nouveau le questionnaire.**

**J'ai répondu NON à toutes les questions de la Page 1.**  
Signez et datez la déclaration ci-dessous. L'activité physique est recommandée.

**J'ai répondu OUI à au moins une question de la page 1 et je parlerai à mon professionnel de la santé avant de commencer ou de continuer à faire de l'activité physique.**

**J'ai parlé à mon professionnel de la santé, qui m'a recommandé de faire de l'activité physique pendant la période post-partum.**  
Signez et datez la déclaration ci-dessous.

NOM (+ NOM DU PARENT/TUTEUR, LE CAS ÉCHÉANT) :	SIGNATURE (OU SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR, LE CAS ÉCHÉANT) :
DATE D'AUJOURD'HUI (JJ/MM/AAAA) :	