



Chère jeune maman/cher parent (personne donnant la vie),

Le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York (Département de la santé de NYC) délivre l'acte de naissance de votre enfant. Un acte de naissance est la trace officielle permanente de la naissance de votre enfant et il est utilisé pour prouver l'âge, la citoyenneté et la filiation de votre enfant. Les informations que vous communiquez sont requises en vertu de la loi. Si vous ne remplissez pas correctement ce formulaire, nous ne serons pas en mesure de créer un acte de naissance exact pour votre enfant.

Les informations concernant vos études, votre origine ethnique, le fait que vous fumez, votre taille et votre poids avant la grossesse sont collectées à des fins de santé publique. Des questions supplémentaires indiquées par « AQ » (Amélioration de la qualité) sont demandées par le Département de la santé de l'État de New York (NYS) pour en savoir plus sur la qualité des soins prénatals que reçoivent les New-Yorkais. Les législations de la ville de New York et de l'État de New York vous protègent contre la divulgation illégale des informations de l'acte de naissance pour garantir la confidentialité de vos données et de celles de votre enfant.

- Il est extrêmement important que vous fournissiez des réponses exactes et complètes aux questions de ce document de travail. Veuillez écrire lisiblement toutes les informations en lettres majuscules.
- Le document de travail **doit** être rempli en anglais. Si vous ne pouvez pas le remplir en anglais par vous-même, ou si vous avez des questions, veuillez appeler le préposé au registre des naissances de l'hôpital au _____.
- La fiche **doit** être remplie et renvoyée au préposé au registre des naissances dans les 24 heures qui suivent la naissance de votre enfant.

À des fins de suivi de l'enregistrement des naissances dans l'établissement

Fiche de la mère/du parent – Données collectées pour l'enregistrement de l'acte de naissance du nouveau-né

Numéro du dossier médical de la mère/du parent :	<input type="text"/>	Nom de la mère/du parent :	<input type="text"/>
Numéro du dossier médical de l'enfant :	<input type="text"/>	Date de naissance de l'enfant :	<input type="text"/>
Nombre de bébés nés de cette grossesse :	<input type="text"/>	Si plus d'une naissance, ordre de naissance de cet enfant :	<input type="text"/>

Caractéristiques de la mère/du parent

<p>14. Études : Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez obtenu au moment de la naissance de votre bébé ? Cochez une seule case (X).</p>	<input type="checkbox"/> Équivalent de la quatrième ou moins ; aucun <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur, aucun diplôme <input type="checkbox"/> Diplôme de lycée ou GED <input type="checkbox"/> Quelques crédits universitaires, mais sans licence <input type="checkbox"/> Grade d'associé (équivalent BTS ou DUT) (par exemple, AA, AS) <input type="checkbox"/> Licence (par exemple, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Master (par exemple, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorat (par exemple, PhD, EdD) ou diplôme professionnel (par exemple, MD, DDS, DVM, LLB, JD)																		
<p>15. Étiez-vous employé(e) pendant la grossesse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
<p>16. Quel est votre emploi/travail actuel/le plus récent ?</p>	Emploi (par exemple, caissier, employé de banque, infirmier, avocat, etc.)																		
<p>17. Dans quel secteur avez-vous effectué ce travail/cet emploi ? Ne donnez pas le nom de la société mais indiquez le type d'activité.</p>	Secteur (par exemple, restaurant, banque, soins de santé, juridique, etc.)																		
<p>18. Quelle est votre ascendance ? Cochez une case (X) et indiquez ce que vous pensez être le plus.</p>	<input type="checkbox"/> Hispanique/latino (par exemple, mexicain, portoricain, cubain, dominicain, etc.) Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non hispanique/latino (par exemple, italien, afro-américain, haïtien, pakistanais, ukrainien, nigérian, taiwanais, etc.) Précisez : _____																		
<p>19. Quelle est votre origine ethnique ? L'origine ethnique, ou race, est définie par le recensement des États-Unis. L'origine hispanique/latino n'est pas une origine ethnique selon le recensement des États-Unis. Si vous avez une ascendance hispanique, veuillez l'indiquer à la Question 18. Cochez (X) toutes les cases qui s'appliquent et précisez lorsque c'est demandé.</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanc(he)</td> <td><input type="checkbox"/> Chinois(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Natif(ve) d'Hawaï</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Noir(e) ou afro-américain(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Philippin(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Guamien(ne) ou Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska (nom de la tribu que vous avez rejoint ou principale)</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Samoan(e)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Coréen(ne)</td> <td><input type="checkbox"/> Autres îles du Pacifique (précisez) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indien(ne) de l'Inde</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)</td> <td><input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre origine asiatique (précisez) _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blanc(he)	<input type="checkbox"/> Chinois(e)	<input type="checkbox"/> Natif(ve) d'Hawaï	<input type="checkbox"/> Noir(e) ou afro-américain(e)	<input type="checkbox"/> Philippin(e)	<input type="checkbox"/> Guamien(ne) ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska (nom de la tribu que vous avez rejoint ou principale)	<input type="checkbox"/> Japonais(e)	<input type="checkbox"/> Samoan(e)	_____	<input type="checkbox"/> Coréen(ne)	<input type="checkbox"/> Autres îles du Pacifique (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Indien(ne) de l'Inde	<input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____		<input type="checkbox"/> Autre origine asiatique (précisez) _____	
<input type="checkbox"/> Blanc(he)	<input type="checkbox"/> Chinois(e)	<input type="checkbox"/> Natif(ve) d'Hawaï																	
<input type="checkbox"/> Noir(e) ou afro-américain(e)	<input type="checkbox"/> Philippin(e)	<input type="checkbox"/> Guamien(ne) ou Chamorro																	
<input type="checkbox"/> Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska (nom de la tribu que vous avez rejoint ou principale)	<input type="checkbox"/> Japonais(e)	<input type="checkbox"/> Samoan(e)																	
_____	<input type="checkbox"/> Coréen(ne)	<input type="checkbox"/> Autres îles du Pacifique (précisez) _____																	
<input type="checkbox"/> Indien(ne) de l'Inde	<input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____																	
	<input type="checkbox"/> Autre origine asiatique (précisez) _____																		

Santé de la mère/du parent

<p>20. Est-ce que vous avez participé au WIC pendant cette grossesse ? (Programme d'aide nutritionnelle complémentaire spécial pour les femmes, nourrissons et enfants.)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																				
<p>21. Combien mesurez-vous ?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Taille</td> <td style="width: 50%;">Poids avant la grossesse</td> </tr> <tr> <td>__ __ Pieds __ __ Pouces</td> <td>_____ livres</td> </tr> </table>	Taille	Poids avant la grossesse	__ __ Pieds __ __ Pouces	_____ livres																
Taille	Poids avant la grossesse																				
__ __ Pieds __ __ Pouces	_____ livres																				
<p>22. Combien pesiez-vous avant la grossesse ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel était le nombre moyen de cigarettes ou de paquets que vous avez fumé(e)s par jour pendant les périodes suivantes ? Merci de répondre ci-dessous. Indiquez 0 si vous n'avez rien fumé pendant ces périodes.																				
<p>23. Est-ce que vous avez fumé des cigarettes au cours des trois mois précédant cette grossesse et pendant celle-ci ?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Période</th> <th style="width: 30%;">Nombre de cigarettes par jour</th> <th style="width: 10%;">OU</th> <th style="width: 30%;">Nombre de paquets par jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trois mois avant votre grossesse</td> <td>__ __</td> <td></td> <td>__ __</td> </tr> <tr> <td>Premier trimestre de votre grossesse</td> <td>__ __</td> <td></td> <td>__ __</td> </tr> <tr> <td>Deuxième trimestre de votre grossesse</td> <td>__ __</td> <td></td> <td>__ __</td> </tr> <tr> <td>Dernier trimestre de votre grossesse</td> <td>__ __</td> <td></td> <td>__ __</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Nombre de cigarettes par jour	OU	Nombre de paquets par jour	Trois mois avant votre grossesse	__ __		__ __	Premier trimestre de votre grossesse	__ __		__ __	Deuxième trimestre de votre grossesse	__ __		__ __	Dernier trimestre de votre grossesse	__ __		__ __
Période	Nombre de cigarettes par jour	OU	Nombre de paquets par jour																		
Trois mois avant votre grossesse	__ __		__ __																		
Premier trimestre de votre grossesse	__ __		__ __																		
Deuxième trimestre de votre grossesse	__ __		__ __																		
Dernier trimestre de votre grossesse	__ __		__ __																		
<p>24. Est-ce que vous avez consommé de l'alcool pendant cette grossesse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																				
<p>25a. Est-ce que vous avez travaillé avec une doula (une assistante à la naissance qualifiée) pendant cette grossesse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas																				
<p>25b. Quel était le nom et l'organisme de la doula (le cas échéant) ?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Nom (prénom, nom de famille) : _____ </td> <td style="width: 50%;"> Organisme : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Cochez (X) toutes les cases qui s'appliquent </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Oui, la doula a apporté un soutien en personne </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Oui, la doula a apporté un soutien virtuellement (par exemple, par téléphone, Zoom, FaceTime) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Non </td> </tr> </table>	Nom (prénom, nom de famille) : _____	Organisme : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Cochez (X) toutes les cases qui s'appliquent		<input type="checkbox"/> Oui , la doula a apporté un soutien en personne		<input type="checkbox"/> Oui , la doula a apporté un soutien virtuellement (par exemple, par téléphone, Zoom, FaceTime)		<input type="checkbox"/> Non											
Nom (prénom, nom de famille) : _____	Organisme : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas																				
Cochez (X) toutes les cases qui s'appliquent																					
<input type="checkbox"/> Oui , la doula a apporté un soutien en personne																					
<input type="checkbox"/> Oui , la doula a apporté un soutien virtuellement (par exemple, par téléphone, Zoom, FaceTime)																					
<input type="checkbox"/> Non																					
<p>25c. Est-ce que la doula était présente pendant votre travail et/ou votre accouchement ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																				

Les questions sur l'amélioration de la qualité (AQ) 26, 27, 28, 29 et 30 ne sont pas obligatoires et elles sont posées pour le Département de la santé de l'État de New York. Toutes les réponses aux questions AQ sont confidentielles et utilisées à des fins de santé publique uniquement.

<p>26. (AQ) Est-ce que vous avez reçu des soins prénataux (des soins médicaux pour cette grossesse) avant votre admission pour cet accouchement ?</p>	<input type="checkbox"/> No - Passez à la Question 27 <input type="checkbox"/> Si - Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes : Pendant certaines de vos visites pour les soins prénataux, est-ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de santé a discuté avec vous de certains des points listés ci-dessous ?
<p>a) Comment est-ce que le tabagisme pendant votre grossesse pourrait nuire à votre bébé ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>b) Comment est-ce que la consommation d'alcool pendant votre grossesse pourrait nuire à votre bébé ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>c) Comment est-ce que la consommation de drogues illégales pourrait nuire à votre bébé ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>d) Combien de temps attendre avant d'avoir un autre bébé ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>e) Les moyens de contraception à utiliser après votre grossesse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>f) Que faire si le travail se déclenche plus tôt ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>g) Comment éviter d'avoir le VIH (le virus qui cause le SIDA) ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>h) Les violences physiques infligées aux femmes par leurs maris maris ou leurs partenaires ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>27. (AQ) Combien de fois par semaine pendant votre grossesse actuelle est-ce que vous avez fait de l'exercice pendant 30 minutes ou plus, en plus de vos activités habituelles ?</p>	_____ fois par semaine
<p>28. (AQ) Est-ce que vous avez eu des problèmes avec vos gencives à un moment quelconque pendant votre grossesse (par exemple, des gencives gonflées ou qui saignent) ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>29. (AQ) Pendant votre grossesse, est-ce que vous diriez que vous avez été : Cochez une seule case (X).</p>	<input type="checkbox"/> Pas du tout tombé(e) enceint(e) <input type="checkbox"/> Un petit peu déprimé(e) <input type="checkbox"/> Modérément déprimé(e) <input type="checkbox"/> Très déprimé(e) et vous n'avez pas reçu d'aide <input type="checkbox"/> Très déprimé(e) mais vous avez reçu de l'aide
<p>30. (AQ) En repensant à votre situation juste avant d'être enceinte, comment vous sentiez-vous quand vous êtes tombé(e) enceint(e) ? Cochez une seule case (X).</p>	<input type="checkbox"/> Vous auriez voulu tomber enceint(e) plus tôt <input type="checkbox"/> Vous auriez voulu tomber enceint(e) plus tard <input type="checkbox"/> Vous vouliez être enceint(e) à ce moment-là <input type="checkbox"/> Vous ne vouliez pas tomber enceint(e) à ce moment-là ni à aucun moment à l'avenir

