

Nom de la mère: _____ Ville _____

Date de la naissance: __/__/__ Nom du bébé _____ M F Poids _____

Lieu de naissance: _____ Nom du médecin / sage-femme: _____

Sur une échelle de 1 (très bas) à 4 (très haut), comment avez-vous été soutenu dans votre plan de naissance par le médecin _____ la sage-femme _____ le personnel médical _____ ?

Expérience de naissance

Nombre de semaines de grossesse: _____ Quand le travail a-t-il débuté? _____

Spontané Induction Si oui, quel type d'induction? _____

Raisons invoquées: _____

Combien de temps avez-vous été en travail à la maison _____ à l'hôpital / maison de naissance _____

Y a-t-il eu des interventions au cours du travail? Oui Non Si oui, lesquelles? _____

Raisons invoquées: _____

Sur une échelle de 1 (très bas) à 4 (très haut), comment évaluez-vous votre confort durant le travail? _____

Comment la méthode HypnoNaissance vous a-t-elle aidée? _____

Comment vous êtes-vous sentie après la naissance? _____

Comment pensez-vous que la méthode HypnoNaissance a pu aider votre bébé? _____

Qu'est-ce que vous auriez aimé qui se passe différemment? _____

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.