|  |
| --- |
|  **Cadre réservé à l’hôpital** |
| Date de demande : Terme Prévu : S : |
| Date d’avis : Avis : Hors secteur Hors délai Liste d’attente Favorable  Médecin ☐ Sage-femme ☐ Sage-femme Paseyro ou Carlier ☐ EPP Hdj ☐ |
|  Date de réponse à la patiente : Mode de réponse : courrier ☐ mail ☐ appel tel ☐Date rdv inscription : …..../.......... /......... |

**Demande d’inscription maternité**

Date de demande : 1ère demande [ ]  Relance [ ]  date de la 1ère demande : ....../ ......./........

Nom d’usage : ……………………………. …..............................................Prénom : ………………………………................................

Nom de naissance : …………………………………… Date de naissance : ….............................................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal : ……………………………………

Ville : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone principal : ……. /……../ ……../ ……../……..

Téléphone secondaire : ……. /……../ ……../ ……../……..

Adresse e-mail : ……………………………………………………………………………………………………….

Vous avez déjà accouché au Centre Hospitalier de Versailles : OUI [ ]  NON [ ]

Date du dernier accouchement au Centre Hospitalier de Versailles : ………………………

**Conditions de vie**

Je rencontre actuellement des problèmes de logement (Hôtel social, Samu social, en foyer, chez des proches, sdf) : NON ☐ OUI ☐

Avez-vous une couverture sociale ? NON ☐ OUI ☐ (carte vitale, cum, AME, autre couverture privée)

**Etat de santé générale**

Etes-vous suivi régulièrement par un médecin spécialiste ? OUI ☐ NON ☐

 Si oui, pour quelle maladie : ……………………………………………….

Si vous prenez des médicaments au long cours en dehors de la grossesse, merci de préciser lesquels………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Avez-vous un suivi gynécologique spécifique ? Fibrome ☐ Endométriose ☐ (opérée ☐) Cancer ☐ Autre ☐ Merci de préciser : ........................................................

**Votre grossesse actuelle**

Date de 1er jour de mes dernières règles :

Date de début de grossesse : ………/………/…...…. Echographie de la 12ème semaine faite : NON [ ]  OUI [ ]

S’agit-il d’une grossesse multiple ? NON [ ]

 OUI des jumeaux [ ]  OUI des triplés [ ]  OUI >3 [ ]

Ma grossesse est déjà suivie ? NON [ ]  OUI par une sage-femme libérale[ ]

 OUI par un médecin (généraliste, gynécologue-obstétricien) [ ]

 OUI par la PMI ☐

Avez-vous actuellement un suivi particulier pour cette grossesse ? NON ☐ OUI ☐

Si oui : DAN ☐ Hypertension artérielle ☐ Diabète gestationnel sous régime ☐

Diabète gestationnel sous insuline ☐ Cerclage ☐ Retard de croissance in Utéro ☐

Autre : .................................................................................................................................

**Vos Grossesses précédentes**

Nombre d’accouchement au total : ……………

Avez-vous été suivi au Diagnostic Anténatal pendant l’une de vos grossesses précédentes ? NON [ ]  OUI [ ]

Si oui, pour quel motif ?...........................................................................................................................................

Durant vos grossesses précédentes, avez-vous eu :

 De l’hypertension ☐ du diabète gestationnel ☐ Un cerclage ☐ un Retard de Croissance in utero RCIU) ☐

Une hémorragie de la délivrance ☐ Une Prééclampsie ☐ Fait une dépression du post-partum ☐

 Autre☐ Merci de préciser : ……………………..........................................................

Nombre de Césarienne : ……………… Nombre d’accouchement prématuré avant 8 mois (36 SA) : …………………

 Nombre de Fausses couches après 3 mois : …………………

Interruption médicale de grossesse ou Mort fœtale In Utero : NON [ ]  OUI [ ]

Si oui, pour quel motif : ..............................................................................................................................

**Commentaires ou situation particulière que vous souhaitez préciser :**

…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Merci de renvoyer ce formulaire à l’adresse e-mail suivante : **csobstetrique.chv@ght78sud.fr**