



FICHE D'INSCRIPTION EN MATERNITE

Date d'inscription :/...../.....

Nom d'usage Nom de famille (de naissance).....

Prénom..... Née le/...../.....

Adresse

.....

Ville..... Code postal.....

Portable/...../..... Tél. Domicile/...../.....

Email :@.....

CONDITIONS DE VIE

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ? Oui Non

Vivez-vous ? Seule en couple

Etes-vous mineure ? Oui Non

Avez-vous des problèmes de logement ? Oui Non

Si oui : Vit à l'hôtel Vit en foyer
 Hébergée par des proches Sans domicile fixe

VOTRE GROSSESSE ACTUELLE

Date de début de grossesse/...../..... et/ou Date d'accouchement prévu...../...../.....

Jumeaux Triplés ou +

• Avez-vous une pathologie connue pour la grossesse en cours ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

• Avez-vous déjà eu un entretien prénatal précoce avec une Sage-femme ? Oui Non

• Cet entretien ne remplace pas la consultation de suivi. Le souhaitez-vous ? Oui Non

(cf fascicule d'information « Entretien Prénatal Précoce »)

VOTRE HISTOIRE

• Avez-vous une maladie particulière ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Suivie par qui ? Où ?

Nombre de grossesses Nombre d'enfants Nombre de fausses couches Nombre de césariennes

• Avez-vous déjà accouché à la maternité René-Dubos? Oui Non

Si, oui en quelle année ? et sous quel nom ?

• Avez-vous accouché avant 8 mois de grossesse ? Oui Non

• Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Suivi où ? Par qui ?

• Avez-vous eu une interruption de grossesse pour motif médical ou pathologie de l'enfant à naître ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

• Avez-vous eu pendant une grossesse précédente de l'hypertension ? Oui Non

• Du diabète ? Oui Non

• **Autres problèmes pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches ? Oui Non**

Grossesse suivie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous un médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par qui ? (Nom et adresse) :	Nom et adresse :

Réponse : Inscrite Non inscrite