

Madame,

Vous attendez un enfant et souhaitez accoucher à l'hôpital de Villeneuve-St-Georges.

Toutes nos félicitations !

Afin d'assurer la meilleure prise en charge possible, nous vous invitons à effectuer les démarches pour votre demande d'inscription dès les résultats de la 1ère échographie.

**Votre dossier d'inscription doit comporter les pièces suivantes :**




- Le questionnaire téléchargeable sur le site de l'établissement
- Le compte-rendu de l'échographie obligatoire du 1er trimestre
- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, avis d'imposition, quittance de loyer...)
- Une attestation d'hébergement uniquement si vous êtes hébergée
- Une attestation de sécurité sociale à jour (et non la carte vitale)

Ce dossier doit nous parvenir le plus tôt possible soit :

- **Par mail** : [sec.cons-gyn-obst@chiv.fr](mailto:sec.cons-gyn-obst@chiv.fr)
- **Sur rendez-vous** (prise de rdv par téléphone au 01 43 86 78 01) aux consultations gynéco-obstétriques pôle femme-enfant R-1 du lundi au vendredi de 9h à 12h30

En cas de difficulté pour la constitution du dossier, l'équipe se tient à votre disposition pour vous accompagner dans vos démarches.

**Secrétariat consultation maternité et gynécologie :**

-  **01 43 86 22 32**
-  **01 43 86 22 97**
-  **[sec.cons-gyn-obst@chiv.fr](mailto:sec.cons-gyn-obst@chiv.fr)**

## Formulaire de demande d'inscription en maternité

### Informations administratives

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse mail : .....

### Votre grossesse actuelle

Date des dernières règles : .....

Date présumée de l'accouchement : .....

S'agit-il d'une grossesse ?

Simple

Gémellaire

Nom du médecin ou de la sage-femme qui suit votre grossesse actuellement :

.....

Souhaitez-vous poursuivre le suivi de votre grossesse en ville jusqu'à la fin du 7<sup>e</sup> mois de grossesse ?

Oui

Non

### Votre situation personnelle

Etes-vous bénéficiaire (cases à cocher)

De la sécurité sociale

De la couverture maladie universelle (CMU)

De l'aide médicale état (AME)

D'aucune couverture sociale

Je ne sais pas

D'une mutuelle

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ?

- Oui
- Non

Avez-vous des problèmes de logement ?

- Oui
- Non
- Vit à l'hôtel
- Vit en foyer
- Vit chez des proches (avec possibilité d'y retourner après l'accouchement)
- Vit chez des proches (sans possibilité d'y retourner après l'accouchement)
- Sans domicile fixe

## Votre histoire

Avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes (une ou plusieurs cases à cocher)

- Aucune
- Diabète
- Embolie pulmonaire, phlébite
- Drépanocytose (hétérozygote ou homozygote)
- Hypertension artérielle
- Problème cardiaque
- Maladie neurologique
- Dépression
- Si vous souffrez de dépression, prenez-vous un traitement ?
  - Oui
    - Lequel ? .....
  - Non
- Autre (à préciser) : .....

Prenez-vous des médicaments régulièrement ?

- Oui
  - Lequel ? .....
- Non

Combien d'accouchements avez-vous eu ? .....

Avez-vous déjà accouché à l'hôpital de Villeneuve-St-Georges ?

- Oui  
 Non

Combien de fois ?.....

Avez-vous déjà été hospitalisée à l'hôpital de Villeneuve-St-Georges ?

- Oui  
 Non

Au cours de vos grossesses précédentes, avez-vous présenté ?

- Prise en charge en diagnostic anténatal
- Syndrome malformatif
  - Isommunisation rhésus
  - Interruption médicale de grossesse
- Fausse couche
- Syndrome malformatif
  - Si oui, combien ? .....
  - A combien de mois de grossesse ? .....
- Mort fœtale in utero
- Cerclage du col
- Menace d'accouchement prématuré
- Diabète gestationnel
- Hypertension artérielle
- Pré-éclampsie
- Hémorragie de la délivrance
- Accouchement avant le 8e mois ?
- Préciser à quel mois ? .....
  - Poids de naissance de votre enfant : .....
  - A-t-il été pris en charge en néonatalogie ?
    - Oui
    - Non

- Césarienne
    - Oui
      - Combien ? .....
    - Non
  - Hématome rétro-placentaire (décollement prématuré du placenta)
  - Autre : précisez .....
- .....

Date

Signature

## Partie administrative réservée à la maternité

Date de réception de la demande : .....

Par : .....

### Décision

- Inscription
- Refus d'inscription

Motif de refus : .....

### Suivi

- RDV entre 16 - 20 SA pour consultation d'orientation
- RDV avec médecin
- RDV avec sage-femme
- Suivi par médecin ou sage-femme en ville

Patiente informée de la décision le .....