

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** : consultations.maternite@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**
-  **consultations.maternite@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^e 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