

Madame,

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

#### **Documents à joindre obligatoirement à votre demande :**

- Pièce identité
- Attestation sécurité sociale (sauf si pas de couverture sociale)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (sauf pour les patientes logées à l'hôtel ou sans domicile fixe)
- Compte rendu 1ere écho

Ce dossier doit nous parvenir le plus tôt possible soit :

- **Par mail** : [consultations.maternite@chiv.fr](mailto:consultations.maternite@chiv.fr)
- Aux consultations gynéco-obstétriques pôle femme-enfant R-1 du lundi au vendredi de 9h à 12h30

**L'envoi de ce questionnaire complété ne garantit pas l'inscription.** Un appel ou un mail du service dans les 48h à 72h vous confirmera votre inscription.

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](mailto: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 début de grossesse \* : .....

S'agit-il d'une grossesse \* ?

Simple

Gémellaire

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

.....

### 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 (dans ce cas attestation de sécurité sociale non nécessaire à l'inscription)

Je ne sais pas

D'une mutuelle

**Avez-vous des problèmes de logement?**

- Oui
- Vit à l'hôtel (si oui justificatif de domicile non nécessaire à l'inscription)
  - 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

**Avez-vous été ou êtes-vous victime de violence ?**

viol/agression sexuelle / violence psychologique / violence physique / harcèlement / excision / mariage forcé / violence conjugale

- Oui
- Non

## **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
- Pathologies psychiatriques
- Lupus
- Thrompénie/thrombopathie
- Maladie vasculaire
- Malformation utérine
- Insuffisance respiratoire
- Déficit en facteurs de coagulation
- Thrompénie/thrombopathie
- Séro positivité VIH

*\*réponse obligatoire*

Combien de grossesse avez-vous eu hormis celle-ci \* ?.....

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

- Prise en charge en diagnostic anténatal
  - Fausse couche avant 15 semaines d'aménorrhées
  - Mort foetale in utero
  - Cerclage du col
  - Menace d'accouchement prématuré
  - Diabète gestationnel
  - Hypertension artérielle
  - Pré-éclampsie
  - Hémorragie de la délivrance
  - Accouchement prématuré avant avant 37 semaines d'aménorrhées
  - Retard de croissance in utérin
  - Interruption médicale de grossesse
  - Hémorragie de la délivrance
  - Syndrome malformatif
  - Hématome rétro-placentaire (décollement prématuré du placenta)
  - Autre : précisez .....
- .....

Avez-vous déjà accouché par césarienne ?

- Oui  
Combien de fois ? .....
- Non

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

- Oui  
Combien de fois ? .....
- Non

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

- Oui
- Non

## 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 .....