**DEMANDE D’INSCRIPTION MATERNITÉ CENTRE HOSPITALIER de PERPIGNAN**

*Toutes les questions sont obligatoires et nécessitent une réponse pour que la demande d’ inscription puisse être étudiée*

NOM d’épouse : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

***GROSSESSE ACTUELLE***

**Date des Dernières Règles: / / Date de Début de Grossesse**(si vous avez une écho. de datation) : **/ /**

Votre grossesse actuelle est-elle suivie ? □ Oui □ Non

Si oui, par qui ? (précisez son nom) □ Gynécologue : □ Sage-femme : □Médecin Traitant :

S’il s’agit d’un professionnel en ville, jusqu’à quel terme de grossesse votre suivi est-il organisé avec lui ?

Avez-vous déjà été suivie par un gynécologue ou une sage-femme du CH Perpignan ? □ Non □ Oui Son nom :

Avez-vous déjà accouché au CHP ? □ Non □ Oui

Êtes-vous mineure ? □ Non □ Oui

Attendez-vous ? □ Un seul enfant □ Des jumeaux □ Des triplés

Avez-vous une pathologie pour la grossesse actuelle ? □ Non □ Oui. Laquelle ?

**ANTÉCÉDENTS**

Avez-vous une maladie chronique ou de graves problèmes de santé? □ Non □ Oui. Le(s)quel(s) ?

Êtes-vous en situation de handicap ? □ Non □ Oui. Lequel ?

Prenez-vous des médicaments tous les jours ? □ Non □ Oui. Lesquels ?

Y a-t-il une maladie génétique dans votre famille ? □ Non □ Oui. Laquelle ?

Avez-vous eu un ou des enfants qui présentent une maladie grave? □ Non □ Oui , laquelle ?

Combien de grossesses avez-vous eu ?

Avez-vous déjà fait une ou plusieurs Fausses Couches ? □ Non □ 1FC □ 2 FC □ 3 FC ou plus

Avez-vous déjà fait une Fausse couche après 3 mois ? □ Non □ Oui

Avez-vous déjà accouché avant 8 mois ? □ Non □ Oui. A quel terme ?

Avez- vous déjà eu un cerclage pour une grossesse antérieure ?□ Non □ Oui

Avez-vous déjà fait une Interruption Volontaire de Grossesse ? □ Non □ Oui

Avez-vous déjà fait une Interruption Médicale de Grossesse ? □ Non □ Oui . A quel terme ?

Pour quel motif ?

Avez-vous déjà été confrontée à une Mort Fœtale In Utéro ? □ Non □ Oui. A quel terme ?

Avez-vous eu une pathologie ou complication pour une Grossesse antérieure ? □ Non □ Oui. Laquelle ?

□ Hypertension, Pré-Éclampsie □ Diabète □ Hémorragie de la délivrance □ Bébé hospitalisé en néonatalogie □ Autre : Avez-vous accouché par □ Voie basse □ Césarienne

En cas de césarienne, avez-vous eu plusieurs césariennes ? □ Non □ Oui. Combien ?

ENR\_593 V01 01/2024

**SITUATION PERSONNELLE**

Avez-vous une couverture sociale ?  □ Sécurité Sociale □ Mutuelle □ CMU □ AME □ Aucune

Habitez-vous ? □ En couple □ Seule

Avez-vous des problèmes de logements ? □ Non □ Oui

Si oui, où habitez-vous ? □ Chez des amis ou de la famille □ Foyer □ Hôtel □ Pas de domicile

Avez-vous des problèmes de compréhension du français ? □ Non □ Oui

**CADRE RÉSERVÉ À LA MATERNITÉ**

**Décision** : □ INSCRITE □ NON INSCRITE

Patiente prévenue le / /

Par : □ Mail □ Courrier □ Téléphone

**J’atteste de l’exactitude des renseignements fournis**

Madame (Nom, prénom) :

Date :

Signature :

**Feuille à déposer remplie au secrétariat de consultations obstétricales**

**ou à scanner pour envoi par mail : *rdvgyneco.grossesse@ch-perpignan.fr***