

Formulaire de demande d'inscription en vue d'un accouchement

Veuillez compléter soigneusement ce formulaire et joindre **obligatoirement** et **uniquement** :

- **Une photocopie** des comptes rendus d'échographie effectuées durant la grossesse
- **Une photocopie** de vos bilans sanguins de Grossesse
- **Une photocopie** de votre Carte de Groupe sanguin
- **Une photocopie** de votre pièce d'identité (si pas de nom d'épouse, copie du livret de famille)
- **Une attestation de sécurité sociale récente**
- **Une photocopie** d'un justificatif de domicile à **votre nom** (ET si hébergée, ajouter une attestation d'hébergement + photocopie d'une pièce d'identité de l'hébergeur)

Aucun document original ne sera rendu

Tout dossier incomplet (formulaire rempli et documents demandés) ne sera pas traité.

Les dates de dépôt se trouvent sur le site internet www.maternite-evry.fr .

Une boîte aux lettres prévue à cet effet se trouve au rez-de-chaussée du pole A (à coté du bureau des rendez-vous). Pour les demandes d'informations : maternite.evry@almaviva-sante.com

Si votre grossesse est pathologique

Ou vous avez des antécédents médicaux particuliers qui nécessitent un suivi précoce :

➤ *Déposez votre dossier complet au plus tôt, sans tenir compte des dates.*

Les demandes reçues après la période prévue ne seront pas prioritaires.

Nos places sont limitées par l'Agence Régionale de Santé afin que nos équipes obstétricales puissent assurer une prise en charge optimale et sécurisée, notamment pour les femmes dont l'état de grossesse impose un suivi et un accouchement dans une maternité de niveau supérieur.

Vous recevrez un courrier d'acceptation ou de refus dans un délai d'1 mois si le dossier est complet

*Si acceptation, prévoir un rendez-vous de suivi de grossesse avec un gynécologue rattaché à la clinique en composant le **01 60 87 86 81***

Du lundi au vendredi de 9h à 13h – 14h à 19h

Samedi de 9h à 13h.

Les rendez-vous fixés seront obligatoires pour conserver votre inscription.

J'atteste avoir lu toutes les informations et m'y conforme.

Mention « lu et approuvé »

Nom-prénom :

Signature :

Etes-vous (ou avez-vous) été patiente à l'Hôpital Privé d'Evry ?

(Tous services confondus : urgences, laboratoire, consultations autre services...)

Oui

Non

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

- N° et voie :
- Code postal :
- Ville :

Votre nom est-il sur la boîte aux lettres ? Oui Non

Si non, le nom inscrit sur la boîte aux lettres :

(Ex : chez Monsieur X, Madame Y)

Rappel :

Si vous êtes hébergées, merci de joindre une attestation d'hébergement et la photocopie de la carte d'identité de la personne avec qui vous vivez (en plus d'un justificatif de domicile).

Numéro de téléphone (de la patiente) :

- Portable :
- Fixe (ou interprète si besoin) :

Etes-vous bénéficiaire ?

Sécurité sociale

Mutuelle

Carte PASS

AME (aide médical de l'état)

Numéro département :

PUMA (protection universelle maladie)

CMU (couverture Maladie Universelle)

CSS (complémentaire Santé Solidaire)

Aucune

Demande en cours :

Votre poids et taille avant la grossesse :

Poids : Taille :

NE PAS JOINDRE LE DOSSIER DE GROSSESSE ET LES EXAMENS NON DEMANDES

Rappel : aucun document ne sera rendu

Avez-vous eu un de ces PROBLEMES DE SANTE ou une MALADIE CHRONIQUE ?

(En dehors d'une grossesse)

Diabète type 1

Diabète type2

Hypertension artérielle

Embolie pulmonaire

Maladie neurologique

Laquelle :

Phlébite

Maladie musculaire

Laquelle :

Drépanocytose (joindre le taux d'électrophorèse de l'hémoglobine du père du bébé)

Maladie vasculaire

Laquelle :

Hétérozygote

Homozygote

Problèmes cardiaques

Hémophilie/ Maladie de Willebrandt

Lequel :

Anomalie dans la coagulation sanguine

Séropositif HIV

Laquelle :

Insuffisance respiratoire chronique

Choc anaphylactique dû à une anesthésie

Laquelle :

Dépression, psychose

Malformation utérine

Traitement ?

Allergie médicamenteuse :

- Autres maladies :
- Prenez- vous des médicaments ou traitement régulier :
.....

Avez-vous déjà été opérée ?

- Chirurgie du dos (scoliose ou autres, à préciser) :
- Chirurgie de l'obésité (anneau, bypass, sleeve) :
- Chirurgie du cœur (à préciser) :
- Neurochirurgie (à préciser) :
- Autres chirurgies :

Avez-vous déjà accouché dans notre clinique ? **Oui** **Non**

Antécédents de vos GROSSESSES PRECEDENTES

Hormis celle-ci, combien de grossesses avez-vous eu dans votre vie ?.....

- Accouchement(s) Voie Basse : Césarienne(s) :

- Fausse couche avant 4 mois. Nombre :
- Fausse couche après 4 mois. Nombre :
- Grossesse extra utérine. Nombre :
- IVG. Nombre :

<input type="checkbox"/> Cerclage du col	<input type="checkbox"/> Prise en charge Diagnostic Anténatal (DAN) <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndrome malformatif ○ Mort fœtal in utero ○ Iso-immunisation rhésus ○ Interruption Médical de grossesse.....
<input type="checkbox"/> Menace d'accouchement prématuré ou rupture Prématurée des membranes. Terme :	
<input type="checkbox"/> Accouchement avant 8 mois (<37 semaines) Quel terme : Poids de naissance :	<input type="checkbox"/> Hémorragie de la délivrance (joindre le Compte rendu de l'accouchement)
<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel (<i>uniquement durant la grossesse</i>)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation en réanimation (vous) après Votre accouchement. Raison :
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Enfant en néonatalogie ou unité kangourou Dès la naissance. Raison :
<input type="checkbox"/> Pré éclampsie ou éclampsie	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Cholestase gravidique	

Suivi de votre GROSSESSE ACTUELLE

Date dernières règles : ... / ... /

Date de début de grossesse :/...../.....

Date prévue d'accouchement :/...../.....

Entourez le type de grossesse :

SIMPLE

Gémellaire

Multiple

-Monochoriale monoamniotique
-Bichoriale biamniotique
-Monochoriale biamniotique

-Triplé (3)
-Quadruplé (4)
-Quintuplé (5)

Cerclage effectué
Date :

Diabète gestationnel
Joindre le bilan glycémie à jeun

Sage-femme ou médecin qui suit votre grossesse actuelle :