

Mois prévu d'accouchement :

.....

Veillez 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, carte vitale et mutuelle
- **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)
- **Dépistage de la T21**

Aucun document original ne sera rendu

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

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.

Rendez -vous d'inscription à prendre sur Doctolib ou au 01.60.87.86.10 (le mardi uniquement) ou envoyé un mail à inscriptions.mater.evry@almaviva-sante.com

Avez-vous déjà été hospitalisé à l'Hôpital Privé d'Evry (tous services confondus) ?

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 CSS (Complémentaire Santé Solidaire ex : CMU)
- Mutuelle PUMA (protection universelle maladie)
- Carte PASS Aucune
- AME (Aide Médical d'Etat) N° de département : 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 des antécédents médicaux ? (Hors grossesse)

- Diabète type 1 Diabète type 2 Hypertension artérielle
- Embolie pulmonaire Phlébite Hémophilie/Maladie de Willebrandt
- Malformation utérine Choc anaphylactique dû à une anesthésie
- Séropositif HIV Hépatite ➤ B C

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

➤ Hétérozygote Homozygote

Maladie neurologique : Maladie musculaire :

Maladie vasculaire : Maladie cardiaque :

Anomalie dans la coagulation sanguine :

Insuffisance respiratoire chronique :

Dépression, psychose ➤ Traitement :

.....

Avez-vous été hospitalisé en réanimation après votre accouchement ?

Cause :

Votre enfant a-t-il été en néonatalogie ou unité kangourou dès la naissance ?

Cause :

Autres antécédents :

.....

Suivi de votre GROSSESSE ACTUELLE

Date dernières règles : / /

Date de début de grossesse : / /

Date prévue d'accouchement : / /

Type de grossesse :

Simple

Gémellaire

Multiple

- Monochoriale monoamniotique

- Triplé (3)

- Bichoriale biamniotique

- Quadruplé (4)

- Monochoriale biamniotique

- Quintuplé (5)

Cerclage effectué

Diabète gestationnel

Date :

Joindre le bilan glycémie à jeun

Sage-femme ou médecin qui suit votre grossesse actuelle :