



HOPITAL ROBERT DEBRE DEMANDE D'INSCRIPTION

Date d'inscription :

Non d'épouse Nom de jeune fille

Prénom Née, le

Adresse

Ville Code postal

E.mail

Tél. Dom Tél. Trav. Portable

CONDITIONS DE VIE

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ? Oui Non

Vivez-vous ? Seule en couple

Avez-vous des problèmes de logement ? Oui Non

Si oui : Vit à l'hôtel Vit en foyer Hébergée par des proches Sans domicile fixe

Avez-vous ?

Sécurité sociale oui non AME Oui Non

Mutuelle oui non

CMU oui non Si oui : AME 75 AME 92 AME 93
Autre département

VOTRE GROSSESSE ACTUELLE

Date des dernières règles Date d'accouchement

Jumeaux Triplés

Souhaitez vous un ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE : Oui Non
(pour entendre vos questions , vous informer et préparer au mieux la naissance)

VOTRE HISTOIRE

Avez-vous une maladie chronique (diabète, hypertension artérielle, problèmes de thyroïde, problèmes cardiaques, dépression) ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Autre maladie :

Suivie par qui ? Où ?

Prenez-vous des **médicaments** régulièrement ? oui non Si oui, lesquels :

Nombre total de grossesses dont

- Accouchements normaux
- Césariennes
- Fausses couches avant 3 mois
- Fausses couches après 3 mois
- Accouchements prématurés

Avez vous eu pendant **une grossesse précédente** de l'hypertension ? Oui Non du diabète ? Oui Non

Autre (précisez) :

Avez vous eu **une interruption de grossesse** pour malformation ? Oui Non

Avez vous **déjà** accouché à la maternité ? Oui Non

Si, oui en quelle année ? Oui Non

Avez-vous un ou plusieurs enfants **ayant une maladie** ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Suivie où ? Par qui ?

| | |
|--|--|
| Grossesse suivie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inscrite <input type="checkbox"/> Non Inscrite |
| Si oui , nom et adresse du praticien : | Orientation : <input type="checkbox"/> SDA <input type="checkbox"/> Inscription Mater (préciser lieu) : <input type="checkbox"/> Consult Ville : <input type="checkbox"/> Consult Urgences : |