

Fiche d'inscription

Date d'inscription : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nom d'épouse : Nom de jeune fille :

Prénom : Née le :

Adresse :

Ville : Code postal :

Mail. Tel :

CONDITIONS DE VIE

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ? Oui Non
 Vivez-vous ? Seule En couple Etes-vous mineure ? Oui Non
 Avez-vous des problèmes de logement ? Oui Non
 Si oui : Vit à l'hôtel Vit en foyer
 Hébergée par des proches Sans domicile fixe

VOTRE GROSSESSE ACTUELLE

Date début de grossesse Date d'accouchement prévu
 Jumeaux FIV

VOTRE HISTOIRE

Avez-vous une maladie particulière ? Oui Non
 Si oui, laquelle ?
 Suivie par qui ? Où ?
 Nombre de grossesses Nombre d'enfants Nombre de fausses couches Nombre de césariennes
 Avez-vous déjà accouché à la maternité Simone Veil ? Oui Non
 Si oui, en quelle année ? et sous quel nom ?
 Avez-vous accouché avant 8 mois de grossesse ? Oui Non
 Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ? Oui Non
 Si oui, laquelle ?
 Suivi par qui ? Où ?
 Avez-vous eu une interruption de grossesse pour motif médical ou pathologie de l'enfant à naître ? Oui Non
 Si oui, laquelle ?
 Avez-vous eu pendant une grossesse précédente de l'hypertension ? Oui Non
 Du diabète ? Oui Non
 Autre ? (Précisez)

Grossesse suivie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous un médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par qui ? (Nom et adresse) :	Nom et adresse :

Réponse : Inscrite Non inscrite

Prévoir rendez-vous avec : Sage-femme / Médecin
 Entretien du 4^{ème} mois : Oui Non Date :



HÔPITAL SIMONE VEIL
GROUPEMENT HOSPITALIER
EAUBONNE-MONTMORENCY
14 rue de Saint Prix
95600 EAUBONNE