

Formulaire d'ouverture de dossier en vue d'un accouchement

A imprimer et à compléter.

Informations importantes

Lors de votre premier RDV vous devez vous munir de :

- la photocopie du compte rendu de l'échographie de datation
- la photocopie de votre pièce d'identité
- la photocopie de justificatif de domicile
- votre carte vitale, carte de mutuelle ou attestation de CMU, AME
- le formulaire dûment rempli
- l'ensemble des examens sanguins et échographiques durant la grossesse
- votre carte de groupe sanguin si vous en possédez une
- vos comptes rendus d'interventions ou d'hospitalisations passées

Nom de jeune fille:

Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

• N° et voie :

• Code postal : Ville :

Numéro de téléphone

• Portable : Fixe :

Courrier électronique : @

Êtes-vous bénéficiaire ? (case à cocher)

- De la sécurité sociale
- De la couverture maladie universelle (CMU)
- De l'aide médicale d'Etat (AME)

Avez-vous pour antécédents médicaux ou êtes-vous suivie pour une maladie chronique? (case(s) à cocher)

- Diabète
- Embolie pulmonaire, phlébite
- Drépanocytose : hétérozygote ou homozygote
- Hypertension artérielle
- Groupe sanguin rare
- Chirurgie du dos
- Maladie neuro-musculaire
- Problèmes cardiaques
- Dépression : Prenez-vous un traitement ? si oui lequel.....
- Autre (à préciser) :

Combien d'accouchement(s) avez-vous eu ? _____

Avez-vous déjà accouché au Centre Hospitalier Sud Seine et Marne ? _____

Si oui, à quelle(s) date(s) ?

.....

Antécédents des grossesses précédentes (case(s) à cocher)

- Prise en charge au diagnostic anténatal
 - Syndrome malformatif
 - Mort fœtale in utéro
 - Iso-immunisation Rhésus
- Fausses couches Si oui nombre : _____
- Fausse couche tardive (après 4 mois)
- Cerclage du col
- Menace d'accouchement prématuré
- Diabète gestationnel
- Hypertension artérielle
- Pré éclampsie
- Accouchement avant le 8^{ème} mois : préciser le terme.....
 - Enfant pris en charge en néonatalogie
 - Poids de naissance : _____
- Hémorragie de la délivrance
- Hospitalisation en réanimation après votre accouchement
- Césarienne(s) Si oui nombre : _____
- Autre (à préciser) :

Grossesse actuelle

- Date de début de grossesse : / /
- Date accouchement prévue : / /
- Grossesse (case à cocher)
 - Simple
 - Gémellaire
 - Triple

Suivi particulier lors de la grossesse actuelle (case(s) à cocher) :

- Prise en charge au diagnostic anténal :
Pour quelle pathologie ?.....
- Cerclage du col
- Menace d'accouchement prématuré
- Diabète gestationnel
- Hypertension artérielle
- Pré éclampsie
- Autre (à préciser) :

Traitement actuel :

Nom du médecin ou de la sage-femme qui suit votre grossesse :

Date et signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter l'analyse de votre demande. Les destinataires des données sont les équipes médicales et administratives concernées du CH Sud Francilien. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CH Sud Francilien. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.