

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

Veillez compléter soigneusement ce **formulaire soumis au secret médical**
et joindre **obligatoirement** et **uniquement** :

- une **photocopie** du compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre
- une **photocopie** de votre pièce d'identité (si pas de nom d'épouse, copie du livret de famille)
- une **photocopie** d'un justificatif de domicile

Aucun document original ne sera rendu

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

Les demandes d'inscription doivent parvenir au Centre Hospitalier de Gonesse au 4^{ème} mois après la première échographie.

Une boîte mail (inscription.maternite@ch-gonesse.fr) est prévue à cet effet. Vous pouvez également déposer vos demandes à l'accueil des consultations Guichet 1 ou par courrier à l'adresse Centre Hospitalier de Gonesse Inscription Maternité 2 boulevard du 19 mars 1962 - 95500 Gonesse.

Pour les demandes d'informations: inscription.maternite@ch-gonesse.fr

Si votre grossesse est pathologique ou que 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.

En accord avec l'Agence Régionale de Santé **nos places sont limitées** 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 type 2 B.

**Vous recevrez un courrier d'acceptation ou de refus dans un délai de 15 jours
si le dossier est complet**

Pour toute inscription acceptée, nous vous fixerons un premier rendez-vous d'ouverture de dossier dont le délai pourra dépendre des informations fournies (grossesse à bas risque ou grossesse pathologique) : il vous appartient de faire suivre votre grossesse en ville jusqu'à ce rendez-vous.

A l'issue de ce rendez-vous, vous serez orientée pour la suite du suivi de votre grossesse, vers la ville ou l'hôpital.

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 :

Etes-vous (ou avez-vous) été patiente au CHG ?

(tous services confondus : urgences, laboratoire, consultations autres services...)

Oui

Non

Travaillez-vous au CHG ? Dans quel service ?

Oui

Non

Service :

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 au lettre :

(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):

Rencontrez-vous des difficultés d'ordre social ou psychologique ?

Oui

Non

Couverture sociale

Hébergement

Autres :

Votre poids et taille avant la grossesse :

Poids :

Taille :

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

Rappel : aucun document ne sera rendu

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

(en dehors d'une grossesse)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète type I | <input type="checkbox"/> Diabète type II | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | | <input type="checkbox"/> Hémophilie/Maladie de Willebrandt |
| <input type="checkbox"/> Phlébite | | <input type="checkbox"/> Maladie Infectieuse |
| <input type="checkbox"/> Drépanocytose <i>(joindre le taux d'électrophorèse de l'hémoglobine du père du bébé)</i> | | <input type="checkbox"/> Malformation utérine |
| <input type="checkbox"/> hétérozygote | <input type="checkbox"/> homozygote | |
| <input type="checkbox"/> Dépression, psychose
<i>traitement ?</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse:..... | | |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies : | | |
| <input type="checkbox"/> Prenez-vous des médicaments ou traitement régulier : | | |
| | | |

Avez-vous déjà été opérée ?

Oui

Non

Si Oui, quelle chirurgie :

.....

Avez-vous déjà accouché au CHG ?

Oui

Non

Antécédents de vos GROSSESSES PRÉCÉDENTES

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

Accouchement(s) normal (aux) : Césarienne(s) :

Fausse couche avant 4 mois. *nombre* : Grossesse extra utérine. *Nombre* :

Fausse couche après 4 mois. *nombre* : IVG. *Nombre* :

Cerclage du col

Prise en charge Diagnostic Anténatal (DAN)

- Syndrome malformatif
- Mort fœtale in utero
- Iso-immunisation rhésus
- Interruption Médicale de Grossesse

Menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée des membranes. *Terme* :

Accouchement avant 8 mois (< 37 semaines)
Quel terme : *Poids* :

Hémorragie de la délivrance (*joindre le compte-rendu de l'accouchement*)

Diabète gestationnel (*uniquement durant la grossesse*)

Hospitalisation en réanimation (vous) après votre accouchement.
Raison:

Hypertension artérielle

Enfant en néonatalogie ou unité kangourou dès la naissance.
Raison:

Pré éclampsie ou éclampsie

Cholestase gravidique

Autres :

Suivi de votre GROSSESSE ACTUELLE

Date début de grossesse : / /

Date prévue d'accouchement : / /

Entourez le type de grossesse :

Simple

Gémellaire

Multiple

- Monochoriale monoamniotique

- Triplé (3)

- Bichoriale biamniotique

- Quadruplé (4)

- Monochoriale biamniotique

- Quintuplé (5)

Cerclage effectué

Date :

Diabète gestationnel

Joindre le bilan glycémie à jeun

SAGE FEMME ou MEDECIN qui suit votre grossesse actuelle :

« Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement. »

Charte de la laïcité-Circulaire n° 5209 du 13 avril 2007 du Premier Ministre