

FICHE D'INSCRIPTION A LA MATERNITE

Coordonnées

| | |
|---------------------------------------------------------|---------------------|
| NOM : | Prénom : |
| NOM de Naissance : | Date de Naissance : |
| Adresse : | |
| Tél : | Adresse mail : |
| Profession : | |
| Personne de confiance à prévenir (nom et coordonnées) : | |

| | |
|---------------|------------------------------|
| Nom du père : | Année de naissance du père : |
|---------------|------------------------------|

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Médecin traitant : | Gynécologue/Obstétricien : |
| Sage-femme : | Echographiste : |
| Autre spécialistes : | |

Antécédents médicaux

| | |
|-------------------------|-------------|
| Antécédents Familiaux : | Allergies : |
|-------------------------|-------------|

| |
|------------------------|
| Traitements en cours : |
|------------------------|

| |
|----------------------------|
| Problèmes Gynécologiques : |
|----------------------------|

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Problèmes médicaux : | Antécédents chirurgicaux : |
|----------------------|----------------------------|

Grossesses précédentes

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Année | | | | | | |
| IVG, Fausse-couche spontanée (FCS), Grossesse | | | | | | |
| Lieu accouchement | | | | | | |
| Césarienne | | | | | | |
| Terme (SA) | | | | | | |
| Poids des enfants | | | | | | |
| Fait marquant | | | | | | |

Grossesse actuelle G P

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date des dernières règles : | Date début de grossesse (écho 12SA) : |
| Terme prévu (41SA) : | Nombre de fœtus : IMC : |
| Suivi Proposé : | Parcours : A A 1 A 2 B V>4 G |

| | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| | Terme de la grossesse pour le 1 ^{er} RV CHV souhaité : | | |
| Avant 4 mois | 4 mois | 6 mois | 8 mois |
| Autre : | | Ne sait pas | |

| | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| Echographie souhaitée à la Maternité du CHV | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| 12 SA | 22 SA | 32 SA |
| Echos supplémentaires : | | |

| |
|---------------------|
| Fiche remplie par : |
|---------------------|



Pôle Femme Mère Enfant

Secrétariat 04 75 75 25 10

Fax 04 75 75 71 85

En cas d'urgence : 04 75 75 25 12

Fiche à remplir avec votre Gynécologue, Médecin Traitant ou votre Sage-femme et à transmettre :

Par courrier :

Centre Hospitalier Valence

Secrétariat Obstétrique – Inscription

179 Bd Maréchal Juin

26953 Valence Cedex 9

Par fax : 04 75 75 71 85

Ou par mail : inscriptionmaternité@ch-valence.fr

A chaque consultation, n'oubliez pas de vous munir de :

- **Votre pièce d'identité**
- **Votre carte vitale**
- **Votre carte de mutuelle**
- **Vos échographies**
- **Vos bilans sanguins et urinaires**
- **Votre carte de groupe sanguin**

Avant chaque rendez-vous, passez à la Gestion administrative des Patients, Bâtiment Entrée B, pour établir le bon de consultation