

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

Veuillez compléter soigneusement ce formulaire et joindre **obligatoirement** et **uniquement** :

- **Photocopie** du compte-rendu de l'échographie du **1^{er} trimestre** = à partir de 11 semaines d'aménorrhées (et **NON** de la datation)
- **Photocopie** de votre pièce d'identité (si vous êtes mariée et que votre nom d'épouse n'apparaît pas sur la pièce d'identité : copie du livret de famille de votre mariage)
- **Photocopie** d'un justificatif de domicile à votre nom (ET si hébergée, ajouter une attestation d'hébergement + photocopie d'une pièce d'identité de l'hébergeur)

AUCUN DOCUMENT ORIGINAL NE SERA RENDU

Pensez à en apporter des copies lors de votre 1^{er} rdv à l'hôpital

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

Les dates de dépôt se trouvent sur le site internet www.chsf.fr.

Une boîte aux lettres prévue à cet effet se trouve au rez-de-chaussée du pôle A (à côté du Bureau des rendez-vous). Pour les demandes d'informations: inscriptions.maternite@chsf.fr

*Si votre grossesse est pathologique
ou vous avez 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.

Nos places sont limitées

afin que nos équipes obstétricales puissent assurer une prise en charge optimale et sécurisée.

Vous recevrez un courrier d'acceptation ou de refus dans un délai d'1 mois après la date de dépôt indiquée sur le site chsf.fr

Si le dossier est complet

Si acceptation, nous vous fixerons uniquement les consultations du 3^e trimestre, à partir du 7^e mois de grossesse (sans échographies). *Excepté pour les grossesses pathologiques.*

Poursuivez votre suivi en ville jusqu'au rendez-vous au CHSF

Les rendez-vous fixés seront obligatoires pour conserver votre inscription.

« 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

☐ J'atteste avoir lu toutes les informations et m'y conforme.

Mention « Lu et approuvé »

Date et Signature :

Nom-Prénom :

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

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

☐ Oui

☐ Non

Êtes-vous salariée du CHSF (ou votre conjoint)

☐ Oui ☐ Non

Service : Matricule :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

- N° et voie :
- Code postal :
- Ville :
- Adresse mail :

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 hébergée, 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 :
- Interprète si besoin :

Si vous ne parlez pas Français merci de venir avec quelqu'un qui pourra traduire lors de vos rdv à l'hôpital

Etes-vous bénéficiaire ?

☐ Sécurité sociale

☐ PUMA (Protection Universelle Maladie)

☐ Mutuelle :

☐ CMU (Couverture Maladie Universelle)

☐ Carte PASS

☐ CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

☐ AME (Aide médicale d'état)

☐ Aucune

Numéro département :

☐ *Demande en cours* :

Votre poids et taille avant la grossesse :

Poids :

Taille :

Ne pas joindre le dossier de grossesse et les examens non demandés
Aucun document ne sera rendu
pensez à en apporter des copies lors de votre 1er rdv à l'hôpital

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

(en dehors d'une grossesse)

☐ Diabète type I ☐ Diabète type II Suivi du diabète par Dr : ☐ Embolie pulmonaire ☐ Phlébite ☐ Problème lié à la transfusion : groupe sanguin rare ou transfusion impossible Précisez : ☐ Drépanocytose (si oui : joindre l'électrophorèse de l'hémoglobine du père du bébé) ☐ hétérozygote ☐ homozygote ☐ Problème cardiaque : Lequel : ☐ Anomalie la coagulation du sang Laquelle : ☐ Insuffisance respiratoire chronique Laquelle : ☐ Dépression, psychose, autre Précisez : Traitement ? ☐ Allergie médicamenteuse:..... ☐ Autres maladies : ☐ Prenez-vous des médicaments ou traitement régulier ? Lesquels :	☐ Hypertension artérielle ☐ Maladie neurologique Laquelle : ☐ Maladie musculaire laquelle : ☐ Maladie vasculaire laquelle : ☐ Hémophilie/Maladie de Willebrandt ☐ Séropositivité HIV ☐ Choc anaphylactique dû à une anesthésie ☐ Malformation utérine Laquelle :
--	---

Avez-vous déjà été opérée ?

- ☐ Chirurgie du dos (scoliose ou autres, à préciser) :
- ☐ Chirurgie de l'obésité (anneau, bypass, sleeve) :
- ☐ Chirurgie du cœur (à préciser) :
- ☐ Neurochirurgie (à préciser) :
- ☐ Autres chirurgies :

Avez-vous déjà accouché au CHSF ?

☐ Oui

☐ Non

Antécédents de vos grossesses **PRÉCÉDENTES**

Précisez dates et lieux si plusieurs grossesses et **joindre des copies des comptes rendus** sauf si tout était normal

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

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

☐ Fausse couche précoce (avant 4^e mois) *nombre* : ☐ Grossesse extra utérine. *Nombre* :

☐ Fausse couche tardive (après 4^e mois) *nombre* : ☐ IVG. *Nombre* :

Date(s) : Terme :

☐ Cerclage du col

Date :

Indication :

☐ Menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée des membranes.

Terme du début :

Terme d'accouchement :

☐ Accouchement avant 8 mois (<37 semaines)

Quel terme : Poids :

Cause :

☐ Diabète gestationnel (*uniquement durant la grossesse*)

☐ Hypertension artérielle

Quel terme :

☐ Pré éclampsie ou éclampsie

Quel terme :

☐ Cholestase gravidique

☐ Prise en charge Diagnostic Anténatal (DAN)

- ☐ syndrome malformatif
- ☐ mort fœtale in utero, précisez le terme :
- ☐ iso-immunisation rhésus
- ☐ Interruption Médicale de Grossesse, précisez motif et terme :

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

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

☐ Enfant en néonatalogie dès la naissance.

Raison:

☐ Enfant en unité kangourou dès la naissance.

Raison:

☐ Autres :

Suivi de votre **GROSSESSE ACTUELLE**

Date début de grossesse : / /

Date prévue d'accouchement : / /

Entourez le type de grossesse :

Simple

Gémellaire

- Monochoriale monoamniotique
- Bichoriale biamniotique
- Monochoriale biamniotique

Multiple

- Triplé (3)
- Quadruplé (4)
- Quintuplé (5)

☐ Cerclage effectué. **Joindre compte rendu**

Indication :

Date : Lieu :

☐ Diabète gestationnel

Joindre le bilan glycémie à jeun

Qui suit votre diabète ? :

Autre pathologie de **cette grossesse** : (Merci de joindre un courrier de la personne qui vous suit)

.....

Nom de la sage-femme ou du médecin qui suit votre grossesse actuelle (en dehors des échos) :

Rappel : continuez votre suivi en ville jusqu'au rdv de suivi à l'hôpital

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.