



Centre Hospitalier  
Ste Foy les Lyon

# Formulaire d'inscription en maternité

**Formulaire à retourner dûment complété au**

**Centre Hospitalier de Sainte Foy les Lyon  
78 chemin de Montray - BP 45 - 69110 SAINTE FOY LES LYON**

**ou à compléter en ligne sur le site internet : [www.hopital-ste-foy.fr](http://www.hopital-ste-foy.fr)**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ jj/mm/aa

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ et/ou Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

eMail : \_\_\_\_\_

Date des dernières règles : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ jj/mm/aa

Date d'accouchement prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ jj/mm/aa

Nom du praticien suivant actuellement la grossesse : Dr \_\_\_\_\_

A partir de quelle date, souhaitez-vous être suivie par le Centre Hospitalier de Sainte-Foy-lès-Lyon ? (*Sauf pour les patientes suivies aux cabinets de nos praticiens*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ jj/mm/aa

Souhaitez-vous effectuer une préparation à la naissance :  Oui  Non

Commentaire libre :

**Afin d'évaluer si le suivi de votre grossesse relève bien d'une maternité de type 1, nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous.**

Avez-vous déjà eu ou êtes-vous suivie pour ?

De l'hypertension artérielle ?

Oui  Non

Une maladie cardiaque ?

Oui  Non

Une phlébite ou une embolie pulmonaire ?

Oui  Non

Une défaillance respiratoire ?

Oui  Non

Des convulsions, une paralysie, un coma ?

Oui  Non

Si oui, de quel type ?

Du diabète ?

Oui  Non

Une insuffisance ou une maladie rénale ?

Oui  Non

Une insuffisance ou une maladie hépatique ?

Oui  Non

Une pathologie infectieuse chronique (hépatite B, hépatite C, VIH) ?

Oui  Non

Une pathologie auto-immune (lupus, SEP, déficit en facteur de coagulation) ?

Oui  Non

Prenez vous un traitement particulier ?

Oui  Non

Si oui, lequel ?

Si ce n'est pas votre 1ere grossesse, avez-vous déjà ?

Fait des fausses couches à répétition (3 fausses couches ou plus) ?

Oui  Non

Été hospitalisée lors d'une précédente grossesse ?

Oui  Non

Accouché prématurément (plus de 3 semaines avant la date prévue) ?

Oui  Non

Perdu un enfant pendant la grossesse (à plus de 3 mois de grossesse) ?

Oui  Non

Accouché par césarienne ?

Oui  Non

Accouché par forceps ou ventouse ?

Oui  Non

Concernant votre grossesse actuelle :

Votre poids actuel (en Kg) : \_\_\_\_\_ Votre taille (en cm) : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés,...) ?

Oui  Non

Fumez-vous ?

Oui  Non

Voulez-vous nous signaler autre chose ?