



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

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____/____/____ jj/mm/aa N° Sécurité Sociale : _____

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 : _____

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

La déclaration de naissance a-t-elle été faite : Oui Non

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

Etes-vous d'accord pour recevoir la confirmation de vos rendez-vous par SMS ? Oui Non

Etes-vous d'accord pour recevoir des informations de notre part par e-mail ? Oui Non

Commentaire libre :

Afin de vous proposer la prise en charge la plus adaptée, 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 grave ? 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

Si oui, pour quelle raison ?

- 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 en début de grossesse (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 ?