



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 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 grossesse 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 ?