Inscription maternité

Maternité - Obstétrique

Centre Hospitalier de Perpignan
20 Avenue du Languedoc - BP 49954
66046 Perpignan Cedex 9
1er étage

Chef de Pôle : Dr. Nathalie CLAINQUART - **Chef de service :** Dr. Nathalie CLAINQUART

DEMANDE D'INSCRIPTION EN MATERNITÉ

La maternité de type 3 du Centre hospitalier de Perpignan a pour mission d'accueillir et de prendre en charge les grossesses à risque venant du département des Pyrénées orientales et du territoire de Narbonne.

Elle ne peut donc pas répondre à toutes les demandes d'accouchements qu'elle reçoit. Pour les grossesses non pathologiques, une prise en charge pourra être possible dans la limite des places disponibles.

Inscription à la maternité.

Vous souhaitez accoucher au CHP, il vous faudra remplir impérativement une demande d'inscription **dès que possible** et de préférence avec votre sage-femme, votre gynécologue ou votre médecin généraliste.

Vous pouvez :

› télécharger le formulaire en **cliquant ici**
› retirer le formulaire d'inscription au secrétariat de consultations gynéco-obstétriques du lundi au vendredi de **8h00 à 18h00.**

Dans ces 2 derniers cas, vous avez le choix soit de :

› le déposer au secrétariat des consultations gynéco-obstétrique aux heures ouvrables dans une boîte prévue à cet effet.
› le faxer au 04 68 61 77 87
› l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Perpignan
Inscription maternité, Consultations gynéco-obstétriques
20 avenue du Languedoc- BP 49954
66046 Perpignan Cedex

Réponse à votre demande d'inscription :

Vous recevrez une réponse dans les 7 jours ouvrés suivant la réception de votre demande.

Dans le cas où la réponse est positive, il vous sera donné un rendez-vous avec une sage-femme ou un médecin de l'équipe.

Vous connaître :

Nom d'épouse

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance (obligatoire)

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone domicile

Téléphone portable

Mail (obligatoire)

Confirmation du mail (obligatoire)

Condition de vie :

Avez-vous des difficultés pour comprendre le français et vous exprimer ?
☐ Oui ☐ Non

Vivez-vous ?
☐ Seule ☐ En couple

Avez-vous des problèmes de logement ?
☐ Oui ☐ Non

Si Oui, vivez-vous :
☐ A l'hôtel ☐ Chez des proches ☐ En foyer ☐ Sans domicile fixe

Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous déplacer ?
☐ Bus ☐ Voiture ☐ Autre

Autre (précisez) :

Quelle couverture sociale avez-vous ?
☐ Assurance maladie ☐ Mutuelle ☐ CMU ☐ AME ☐ Aucune

Votre histoire :

votre taille

votre poids habituel

Avez-vous une maladie chronique ? (Plusieurs réponses possibles) :
☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Qui vous suit pour cette maladie ? (Nom et adresse)

Prenez-vous des médicaments régulièrement ?
☐ Oui ☐ non

Si oui, lesquels ?

Nombre total de grossesse

dont

accouchements normaux

accouchements prématurés

césariennes

fausses couches / IVG

Interruption Médicale de Grossesse / Mort Foetale In Utero

Pendant la grossesse précédente, avez-vous eu une pathologie ou une complication ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous un enfant ayant une maladie ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous déjà accouché à la maternité de l'Hôpital ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quelle année ?

Votre grossesse actuelle :

Date des dernières règles

OU date début de grossesse

Date prévue d'accouchement

Attendez-vous
☐ un seul enfant ☐ des Jumeaux ☐ des Triplés ou plus

Jumeaux : précisez le type de chorionicité
☐ monochoriale- biamniotique ☐ monochoriale- monoamiotique ☐ bichoriale- biamniotique

Avez-vous une pathologie connue pour la grossesse en cours ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous déjà eu un Entretien Prénatal Précoce ?
☐ Oui ☐ Non

Votre grossesse est-elle suivie ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quel professionnel (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) ? (Nom et adresse):

Médecin traitant / Gynécologue :

Sage-femme :

commentaires

Si vous avez une pathologie en rapport avec la grossesse, veuillez joindre un courrier de votre médecin.

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.

Madame (nom, prénom) :

Docteur/ Sage-femme (éventuellement) :

Docteur/ Sage-femme (éventuellement) :

Date :

VALIDER (P/O SIGNATURE) :