Hôpital neuchâtelois
Département de Gynécologie - Obstétrique

Demande d'admission à la Maternité

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

Adresse complète : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Assurance : ☐ Commune ☐ Demi-privé ☐ Privé ☐ Hors canton

Gynécologue traitant : .....

Gestité /Parité : ..... DR : ..... TP : ..... TPC : .....

Antécédents personnels relevants :

Antécédents obstétricaux :

Anamnèse d'herpès labial / vulvaire :

Groupe Rh* : ..... Ac irréguliers* : .....

Rubéole* : ..... Toxo* : ..... CMV* : .....

VDRL* : .....

Vaccin coqueluche ☐ Oui Date : ..... ☐ Non ☐ sera fait le : Date : .....

Hépatite B vaccin : ☐ Oui ☐ Non Si Hépatite C (=> Charge virale)* : .....

HbsAg* : ..... HIV* : .....

Strepto B* : ..... **(*= joindre copie du labo)**

Risque T21 : ..... NFTN : .....

Type de grossesse : ☐ Simple ☐ Gémellaire ☐ Triple

Facteurs / risques particuliers :

Situation personnelle / familiale particulière :

☐ **Rien à signaler**

☐ Décès des parents dans l'enfance ☐ Placement dans l'enfance ☐ Adoptée ☐ Maltraitance

☐ Abus sexuels ☐ Mutilation génitale ☐ Isolement social ou familial ☐ Harcèlement au travail

☐ Violences conjugales ☐ Addictions ou ATCD d'addictions ☐ Difficultés financières ☐ Détresse psychologique

Autre :

Grossesse désirée ☐ Oui ☐ Non

spontanée ☐ Oui ☐ Non

Traitement infertilité : ☐ Oui ☐ Non

Désirez -vous que cette patiente soit convoquée et suivie en salle d'accouchement dès le terme de sa grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Prise de rendez-vous par téléphone **du lundi au vendredi de 08h00 à 12h00 au 079 559 40 85**
en dehors de ce créneau horaire veuillez appeler, le 032 713 33 07

Timbre du cabinet obligatoire :

Date : ..... Signature : .....