

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 relevant :

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*

(* = joindre copie du labo)

Strepto B* :

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 :
--------------	-------------------