

**Fiche d'inscription**

Date d'inscription : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Nom d'épouse :  Nom de jeune fille :

Prénom :  Née le :

Adresse :

Ville :  Code postal :

Mail :  Tel :

**CONDITIONS DE VIE**

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ?  Oui  Non  
 Vivez-vous ?  Seule  En couple Etes-vous mineure ?  Oui  Non  
 Avez-vous des problèmes de logement ?  Oui  Non  
 Si oui :  Vit à l'hôtel  Vit en foyer  
            Hébergée par des proches  Sans domicile fixe

**VOTRE GROSSESSE ACTUELLE**

Date début de grossesse  Date d'accouchement prévu   
 Jumeaux  FIV

**VOTRE HISTOIRE**

Avez-vous une maladie particulière ?  Oui  Non  
 Si oui, laquelle ? .....  
 Suivie par qui ? ..... Où ? .....  
 Nombre de grossesses  Nombre d'enfants  Nombre de fausses couches  Nombre de césariennes

Avez-vous déjà accouché à la maternité Simone Veil ?  Oui  Non  
 Si oui, en quelle année ? ..... et sous quel nom ? .....  
 Avez-vous accouché avant 8 mois de grossesse ?  Oui  Non  
 Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ?  Oui  Non  
 Si oui, laquelle ? .....  
 Suivi par qui ? ..... Où ? .....

Avez-vous eu une interruption de grossesse pour motif médical ou pathologie de l'enfant à naître ?  Oui  Non  
 Si oui, laquelle ? .....  
 Avez-vous eu pendant une grossesse précédente de l'hypertension ?  Oui  Non  
 Du diabète ?  Oui  Non  
 Autre ? (Précisez) .....

Grossesse suivie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous un médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par qui ? (Nom et adresse) :	Nom et adresse :

Réponse :  Inscrite  Non inscrite

Prévoir rendez-vous avec :  Sage-femme /  Médecin  
 Entretien du 4<sup>ème</sup> mois :  Oui  Non Date :



HÔPITAL SIMONE VEIL  
GROUPEMENT HOSPITALIER  
EAUBONNE-MONTMORENCY  
14 rue de Saint Prix  
95600 EAUBONNE