

FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION A LA MATERNITÉ DU CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE (CHRDS)

Madame,

Afin de faciliter vos démarches, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire de pré-inscription à la maternité dans les plus brefs délais et de nous le transmettre avec un justificatif de domicile à l'adresse mail du secrétariat : gyneco-obstetrique-neuilly@ch-rivesdeseine.fr

Nous vous recontacterons par mail pour validation de l'inscription et sous 48 heures par téléphone pour vous donner les rendez-vous de votre suivi de grossesse.

Toutefois, vous pouvez également vous présenter au secrétariat après validation de l'inscription par mail sous 5 jours avec un justificatif de domicile du lundi au vendredi entre 8h30 et 12h pour finaliser l'inscription.

Nom de jeune fille : _____

Nom marital / nom usuel : _____

Prénom : _____

Votre date de naissance : ____ | ____ | ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Téléphone fixe auquel vous êtes joignable en journée : ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Votre adresse mail : _____@_____

Date de votre début de grossesse fixée par échographie ?
____ ____ ____ (JJ/MM/AAAA)

et/ou

Date de vos dernières règles ?
____ ____ ____ (JJ/MM/AAAA)

et/ou

Date prévisionnelle de votre accouchement ?
____ ____ ____ (JJ/MM/AAAA)

Est-ce une grossesse gémellaire / triple ? OUI NON ¹

Bénéficiez-vous un suivi en ville pour cette grossesse ? OUI NON ¹

SI OUI, nom et adresse du praticien ou de la Sage-Femme : _____

Avez-vous déjà été suivie au Centre Hospitalier Rives de Seine (ex-Centre Hospitalier de Courbevoie-Neuilly-Puteaux) en gynécologie ou en obstétrique ? OUI NON ¹

Avez-vous un(des) enfant(s) ? OUI NON ¹ si oui Combien : _____

Avez-vous déjà accouché au CHRDS ? OUI NON ¹

¹ Cochez la case de votre choix

FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION A LA MATERNITÉ DU CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE (CHRDS)

1^{er} accouchement :

Date : ____ | ____ | ____
Type : Voie basse Césarienne ¹
Sexe du bébé : Garçon Fille ¹
Poids de naissance : _____
Complications/commentaires : _____

2^{ème} accouchement :

Date : ____ | ____ | ____
Type : Voie basse Césarienne ¹
Sexe du bébé : Garçon Fille ¹
Poids de naissance : _____
Complications/commentaires : _____

3^{ème} accouchement :

Date : ____ | ____ | ____
Type : Voie basse Césarienne ¹
Sexe du bébé : Garçon Fille ¹
Poids de naissance : _____
Complications/commentaires : _____

4^{ème} accouchement :

Date : ____ | ____ | ____
Type : Voie basse Césarienne ¹
Sexe du bébé : Garçon Fille ¹
Poids de naissance : _____
Complications/commentaires : _____

Avez-vous des commentaires ou des précisions à apporter à votre demande ?

Dernière question : Comment avez-vous connu la maternité du CHRDS ?

- Un membre de ma famille ou moi-même est déjà patiente de l'hôpital.
- Mon médecin / ma sage-femme m'a orientée vers la maternité du CHRDS.
- Via le site internet du CHRDS.
- On m'a conseillé votre hôpital.
- C'est l'hôpital le plus proche de chez moi.
- Autre _____

Nous vous remercions de vos réponses qui faciliteront le traitement de votre demande de pré-inscription.

Si pour une raison quelconque, vous ne souhaitez (ou ne pouvez) plus accoucher dans notre maternité, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous prévenir à l'adresse mail gyneco-obstetrique-neuilly@ch-rivesdeseine.fr

L'équipe de la maternité du Centre Hospitalier Rives de Seine