

Formulaire de demande d'inscription en vue d'un accouchement

(A faire à partir de la 11ème semaine de grossesse)

Veillez compléter soigneusement ce formulaire soumis au secret médical et joindre obligatoirement et uniquement :

- une **photocopie** du compte-rendu de l'échographie **du 1^{er} trimestre** (11^{ème} sem)
- une **photocopie** de votre pièce d'identité (si pas de nom d'épouse, copie du livret de famille)
- une **photocopie** d'un justificatif de domicile **à votre Nom**
(sinon joindre au justificatif de domicile, une attestation d'hébergement avec copie de la pièce d'identité de l'hébergeant)

Tout dossier incomplet (formulaire rempli et documents demandés) ne sera pas traité.

Une boîte mail (inscription.maternite@ch-gonesse.fr) est prévue à cet effet.

Vous pouvez également déposer vos demandes à l'accueil des consultations (**Guichet 1**) ou par **courrier** à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Gonesse Inscription Maternité 2 boulevard du 19 mars 1962 - 95500 Gonesse.

Pour les demandes d'informations:

inscription.maternite@ch-gonesse.fr ou **contacter le 01.34.53.22.88 (ligne directe)**

Les demandes reçues après la période prévue ne seront pas prioritaires.

*En accord avec l'Agence Régionale de Santé **nos places sont limitées** afin que nos équipes obstétricales puissent assurer une prise en charge optimale et sécurisée, notamment pour les femmes dont l'état de grossesse impose un suivi et un accouchement dans une maternité de type 2 B.*

Vous recevrez un courrier d'acceptation ou de refus

dans un délai de 15 jours

Pour toute inscription acceptée, nous vous délivrerons un numéro d'inscription et fixerons un premier rendez-vous d'ouverture de dossier.

LE SUIVI DE GROSSESSE DOIT ENSUITE SE FAIRE EN VILLE PAR LE GYNECOLOGUE OU LA SAGE FEMME QUI VOUS SUIT HABITUELLEMENT.

PAS DE SUIVI A L'HOPITAL.

SAUF CAS EXCEPTIONNELS... (DECISION PRISE PAR LE MEDECIN LORS DU 1^{ER} RDV EN CAS DE GROSSESSE DITE PATHOLOGIQUE)

Les rendez-vous fixés seront obligatoires pour conserver votre inscription.

J'atteste avoir lu toutes les informations et m'y conforme.

Signature :

TRAVAILLEZ-VOUS AU CHG ?

Oui

Non

Dans quel service ?

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse où vous résidez (pour l'envoi du courrier d'inscription) :

- **N° et voie :**
- **Code postal :**
- **Ville :**

Votre nom est-il sur la boîte aux lettres ?

Oui

Non

Si non, le nom inscrit sur la boîte au lettre :

(*ex : chez Monsieur X, Madame Y*)

Rappel :

Si vous êtes hébergées, merci de joindre une attestation d'hébergement et la photocopie de la carte d'identité de la personne avec qui vous vivez (en plus d'un justificatif de domicile)

Numéro(s) de téléphone de la future maman :

Portable :

Fixe (ou interprète si personne non francophone) :

Rencontrez-vous des difficultés d'ordre social ou psychologique ?

Oui

Non

Couverture sociale

Hébergement

Autres

GROSSESSE ACTUELLE

Date de début de grossesse : ... / ... / ...

Date d'accouchement : ... / ... / ...

GROSSESSE : simple gémellaire multiple

Votre taille :

Votre Poids :

ETES-VOUS SUIVIE A L'HOPITAL DE GONESSE POUR UNE PATHOLOGIE ?

. Laquelle ?

. Par qui ?

Problèmes de santé liés à votre grossesse actuelle :

Cerclage effectué

Diabète gestationnel

Date :

Hypertension artérielle

Pré éclampsie / éclampsie

Autres (Précisez)

Sage-femme ou gynécologue qui suit votre grossesse actuelle :

Nom :

Ville :

PROJET AAD

Nom de la sage- femme :

ANTECEDENTS DE VOS GROSSESSES PRECEDENTES

Avez-vous déjà été enceinte auparavant (avant cette grossesse) ?
Si oui, combien de fois :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accouchement(s) normal (aux) : | <input type="checkbox"/> Césarienne(s) : |
| <input type="checkbox"/> Fausse(s) couche : | <input type="checkbox"/> Grossesse(s) extra utérine : |
| <input type="checkbox"/> IVG : | <input type="checkbox"/> Cholestase gravidique |
| <input type="checkbox"/> Cerclage du col : | <input type="checkbox"/> Hémorragie de la délivrance |
| <input type="checkbox"/> Accouchement prématuré (terme) : | <input type="checkbox"/> Pré éclampsie / éclampsie |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge DAN (diagnostic anténatal)
- Syndrome malformatif
- Mort fœtale in utero
- Iso-immunisation rhésus
- Interruption médicale de grossesse | <input type="checkbox"/> Hospitalisation en réanimation |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel |

« Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement. »

Charte de la laïcité-Circulaire n° 5209 du 13 avril 2007 du Premier Ministre

