



GROUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH

Maternité Notre-Dame de Bon Secours Chef de
service : Pr Elie AZRIA

Inscription maternité : 01 44 12 32 32
rdvmater@ghpsj.fr

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Afin d'organiser au mieux votre suivi prénatal, nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce formulaire.
Sachez que les informations transmises dans ce document sont soumises au secret médical.

État civil

Nom marital : SCHNELL

Nom de jeune fille : SCHNELL

Prénom : Aurélie

Votre date de naissance : 29/09/1978

Coordonnées

Adresse : 189 boulevard Murat

Ville/Code Paris
Postal : 75 016

Tel : 06 27 50 24 52

Email : agv.schnell@gmail.com

LANGUE PARLEE

Français	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non, quelle est votre langue ?
Accompagnant parlant la langue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Contact (téléphone / mail) :

COUVERTURE SOCIALE

Avez-vous des droits ouverts à la sécurité sociale ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Si NON, bénéficiez-vous de l'Aide Médicale d'Etat (AME)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date de fin :/...../.....
Bénéficiez-vous d'une complémentaire santé (mutuelle) ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si NON, bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date de fin :/...../.....

GROSSESSE ACTUELLE

Date du 1^{er} jour des dernières règles : 16/08/2024...

Date de début de grossesse, si connue : 31/08/2024

Avez-vous réalisé une échographie de datation ?

☒ oui ☐ non

Avez-vous réalisé l'échographie du 1^{er} trimestre (12 semaines d'aménorrhée) ?

☐ oui ☒ non

Souhaitez-vous faire vos échographies au sein de notre maternité ? ☒ oui ☐ non

☐ 1^{er} trimestre

☐ 2^{ème} trimestre

☒ 3^{ème} trimestre

Actuellement attendez-vous des jumeaux ?

☐ oui ☒ non ☐ Ne sait pas

ANTECEDENTS MEDICAUX/CHIRURGICAUX

Avez-vous une maladie préexistante à la grossesse ?

☒ oui ☐ non

Si oui, laquelle ? Hashimoto
(ex : phlébite, embolie pulmonaire, diabète, HTA, hyper ou hypothyroïdie, basedow, ...)

Et / ou avez-vous un traitement médical ?

☒ oui ☐ non

Si oui, lequel ? Levotyrox

Avez-vous déjà été opérée ?

☒ oui ☐ non

Si oui, quelle(s) intervention(s) ? Masectomie bilatérale

Souhaitez-vous apporter d'autres précisions ?

☒ oui ☐ non

Rémission d'un cancer du sein...
Triple négatif (sein gauche)

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Avez-vous déjà été enceinte ?

☒ oui ☐ non

Si oui, combien de fois ? 1, mais FC précoce

Avez-vous déjà accouché ?

☐ oui ☒ non

Par césarienne

☐ oui ☐ non

Si oui, combien de fois ?

À quel terme :

Par voie basse

☐ oui ☐ non

Si oui, combien de fois ?

À quel terme :

Avez-vous déjà accouché prématurément ?

☐ oui ☐ non

Si oui, à quel terme ?

Avez-vous déjà eu des complications pendant l'accouchement (hémorragie, déchirure, ...)

☐ oui ☐ non

Si oui le(s) quelle(s)

Pouvez-vous préciser le(s) poids de naissance ?

1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème}

Avez-vous eu des complications pendant le suivi de grossesse ?

☐ oui ☐ non

Si oui le(s) quelle(s)

POUR VOUS CONNAITRE, ANTICIPER VOS BESOINS ET VOUS PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE LORS DE VOTRE GROSSESSE

Par le passé avez-vous été suivie par un(e) psychologue ou un (e) psychiatre ?

☒ oui

☐ non

Si oui, lequel ?

A l'institut Curie (dans le cadre... du cancer)

☐ Je ne souhaite pas répondre

Actuellement, êtes-vous suivie par un(e) psychologue ou un(e) psychiatre ?

☐ oui

☒ non

Si oui, lequel ?

.....

☐ Je ne souhaite pas répondre

Avez-vous un traitement en lien avec ce suivi psychologique ?

☐ oui

☒ non

Si oui, lequel ?

.....

☐ Je ne souhaite pas répondre

Êtes-vous ou avez-vous été victimes de violences physiques et/ou psychologiques ?

☐ oui

☒ non

.....

.....

.....

☐ Je ne souhaite pas répondre

Bénéficiez-vous d'une aide extérieure (Assistant social, éducateur, tuteur, structure, associations...)

☐ oui

☒ non

Si oui, laquelle ?

.....

☐ Je ne souhaite pas répondre

Percevez-vous un de ces revenus : Revenu de Solidarité Active (RSA), Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), Allocation aux adultes Handicapés (AAH), Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI).

☒ oui

☐ non

Si oui, lequel ?

AAH

.....

Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins (alimentation, logement, accès aux soins) ?

☐ oui

☒ non

Si oui, le(s)quel ?

.....

.....

☐ Je ne souhaite pas répondre

Avez-vous quelqu'un pour vous aider après la naissance de votre enfant ? Vous sentez vous entourée ?

☒ oui

☐ non

Pour l'instant quasi personne n'est au courant de ma grossesse.....

CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Réception du questionnaire le :

.....

Type de suivi à mettre en place :

☐ physiologique

☐ pathologique

Grossesse gémellaire

☐ oui

☐ non

Échographies à programmer :

☐ T1

☐ T2

☐ T3

Demande de traducteur :

☐ oui

☐ non

EPP à programmer à la maternité :

☐ oui

☐ non

Service Social à contacter :

☐ oui

☐ non

Lien avec équipe de soins psychologiques

☐ oui

☐ non

Questionnaire visé le :

.....

Par :

.....