

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION À LA MATERNITÉ DE LIBOURNE

**Il est primordial de répondre à l'ensemble des questions:** elles permettent à nos équipes d'évaluer et d'orienter le suivi de votre grossesse.

Après avoir rempli le questionnaire, enregistrez-le et envoyez le par mail à [rdv.gyneco@ch-libourne](mailto:rdv.gyneco@ch-libourne) et notez dans l'objet: Inscription – Votre Nom et votre Prénom.

### MON IDENTITÉ (merci de respect l'identité de votre pièce d'identité ou passeport)

NOM DE NAISSANCE:	<input type="text"/>
NOM D'USAGE:	<input type="text"/>
PRÉNOM:	<input type="text"/>
DATE DE NAISSANCE:	<input type="text"/>
ADRESSE:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
E-MAIL:	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE:	<input type="text"/>

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

Taille(en cm) :  Poids avant grossesse (en kg) :

Souffrez-vous de problèmes de santé ?  Oui  Non Si oui, précisez:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs interventions chirurgicales ?  Oui  Non Si oui, précisez:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Si vous prenez des médicaments régulièrement?  Oui  Non Si oui, précisez:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

### GROSSESSE ACTUELLE:

Date de début de grossesse (déterminée par l'échographie du 1er trimestre)

Si non connue, date des dernières règles

S'agit-il d'une grossesse multiple (jumeau ou plus) ?  Oui  Non

Durant cette grossesse, présentez-vous des problèmes particuliers (diabète gestationnel, anomalies échographiques, hypertension artérielle, etc.)  Oui  Non Si oui, précisez:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

### GROSSESSES PRÉCÉDENTES :

Nombre de grossesses précédentes (Hors grossesse actuelle et éventuelle(s) IVG) :

- Nombre d'accouchement(s) voie basse :
- Nombre de césarienne(s) :

Si césarienne, précisez le motif :

- Nombre de perte(s) de grossesse avant 3 mois :
- Nombre de perte(s) de grossesse après 3 mois :
- Nombre de naissance prématuré(s) avant 7 mois :
- Nombre d'interruption(s) de grossesse pour raison médicale :

Durant la/les grossesse(s) précédente(s), avez-vous eu :

- Un diabète gestationnel ?  Oui  Non
- De l'hypertension ?  Oui  Non
- Une hémorragie de la délivrance ?  Oui  Non
- Un cerclage ?  Oui  Non
- Une autre complication ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

Avez-vous un/d'autre(s) enfant(s) atteint(s) de maladie(s) ?  Oui  Non Si oui, précisez :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

Avez-vous une couverture sociale ?  Oui  Non

Rencontrez-vous des problèmes autres ? (Logement en foyer, absence de couverture sociale...)

Oui  Non Si oui, précisez :

**Avez vous d'autres précisions à communiquer ?**
