

**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:

NOM D'USAGE:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE:

E-MAIL:

TÉLÉPHONE:

LANGUE PARLÉE:

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:**

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

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

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

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

**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:

**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

Médecin traitant déclaré :

Sage-Femme référente :

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

Oui  Non Si oui, précisez :

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