



Formulaire de demande d'inscription en maternité

Au sein de quelle maternité de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) souhaitez-vous accoucher ?

1^{er} choix

Avez-vous déjà accouché dans cette maternité ?

☐ Oui

☐ Non

2^{ème} choix

☐ Oui

☐ Non

3^{ème} choix

☐ Oui

☐ Non

Votre identité, vos coordonnées

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

Adresse postale

Téléphone 1

Téléphone 2

Donnez-vous votre accord pour être contactée par téléphone ?

☐ Oui

☐ Non

E-mail

Donnez-vous votre accord pour être contactée par e-mail ?

☐ Oui

☐ Non

Votre grossesse actuelle

Dates de :
vos dernières règles

ou

début de grossesse

Date présumée
d'accouchement

(sera affinée lors de
votre 1^{er} entretien)

Grossesse multiple

☐ Non

Si oui :

☐ Jumeaux

☐ Triplés

☐ >3

Poids avant grossesse
(en kg)

Taille
(en m)

(ces informations nous permettront de
calculer votre IMC - Indice de masse corporelle)

Votre grossesse est-elle déjà
suivie par un médecin ou une
sage-femme ?

☐ Oui

☐ Non

Souhaitez-vous suivre une filière
"physiologique" ? [1]

☐ Oui

☐ Non

Souhaitez-vous être suivie par
un médecin en secteur privé au
sein de notre maternité ? [2]

☐ Oui

☐ Non

Souhaitez-vous un entretien
prénatal précoce ?

☐ Oui

☐ Non

Vos conditions de vie

Avez-vous des problèmes de logement ?

(hôtel social, chez des proches, en foyer, SDF)

☐

Oui

☐

Non

Quelle est votre couverture / sécurité sociale ?

☐

Carte Vitale

☐

PUMA

☐

AME

☐

Assurance privée

☐

(ex CMU)
Aucune

Votre histoire

Souffrez-vous de problèmes de santé ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Suivi(s) par qui ?

Dans quelle(s) structure(s) ?

Avez-vous déjà eu une/plusieurs intervention(s) chirurgicale(s) ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, laquelle/lesquelles :

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, lesquels ?

Nombres de :
Grossesses au total
incluant :

(hors grossesse actuelle)

Accouchement(s) par voie basse

Césarienne(s)

Fausse(s) couche(s) avant 3 mois

Fausse(s) couche(s) après 3 mois

Prématuré(s) avant 8 mois

Interruption(s) médicale(s)

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

De l'hypertension ?

☐

Oui

☐

Non

Du diabète gestationnel ?

☐

Oui

☐

Non

Une hémorragie de la délivrance ?

☐

Oui

☐

Non

Un cerclage ?

☐

Oui

☐

Non

Autre ?

Avez-vous un/d'autre(s) enfant(s) atteint(s) de maladie(s) ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

Suivie(s) par qui ?

Dans quelle(s) structure(s) ?

[1] : certaines maternités proposent des conditions particulières pour le suivi des patientes qui souhaitent un suivi de grossesse et un accouchement moins médicalisés.

[2] : certains praticiens hospitaliers ont l'autorisation d'exercer à titre libéral au sein de l'hôpital, en dehors de leur activité de service public, et dans des conditions strictement réglementées. Si vous souhaitez être soignée dans ce cadre, vous serez informée des montants d'honoraires.