



# Je m'inscris à la maternité

Vous souhaitez accoucher à  
la maternité du CHU de Nantes ?

Remplissez ce formulaire après avoir réalisé  
**votre échographie de 12 semaines** et  
le service de gynécologie-obstétrique vous  
répondra dans les plus brefs délais.

---

## Formulaire à adresser :

### > PAR COURRIER

Secrétariat des consultations d'obstétrique  
38 bd Jean Monnet – 44093 Nantes Cedex 1

### > PAR E-MAIL

[bp-inscription-maternite@chu-nantes.fr](mailto:bp-inscription-maternite@chu-nantes.fr)



**CHU  
NANTES**

AUX NOUVELLES FRONTIÈRES DE LA SANTÉ

# Je m'inscris à la maternité

## VOTRE IDENTITÉ, VOS COORDONNÉES

Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél portable ..... Tél fixe .....

E-mail.....

Merci de renseigner avec précaution vos téléphones et e-mail qui seront utilisés pour vous contacter dans le cadre du suivi de votre dossier.

Quelle langue parlez vous ? .....

Avez vous besoin d'un interprète pour vous assister lors de vos consultations à la maternité ?  oui  non

Avez-vous déjà accouché à la maternité du CHU de Nantes ?  oui  non

Avez-vous réalisé votre échographie des 12 semaines ?  oui  non

Si oui, cette échographie a-t-elle été réalisée au CHU de Nantes ?  oui  non

Date de début de grossesse.....

Votre taille (en cm) ..... Votre poids avant grossesse .....

*Ces informations nous permettent de calculer votre IMC (indice de masse corporel)*

Grossesse multiple  oui  non Si oui :  jumeaux  triplés ou +

Votre grossesse est-elle déjà suivie par un médecin ou une sage-femme ?  
 oui  non / Si oui, précisez .....

Votre grossesse a-t-elle été obtenue après une aide médicale à la procréation (AMP) ?  
 oui  non

Quelle est votre couverture sociale ?  
 Carte vitale  Puma (ex CMU)  AME  Assurance privée  Aucune

## VOTRE HISTOIRE

Souffrez-vous de problèmes de santé ?  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Suivi par qui ? .....

Dans quelles structures ? .....

Avez-vous déjà eu des interventions chirurgicales ?  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Nombre de grossesses au total (hors grossesse actuelle) .....

Incluant :  Accouchement(s) par voie basse

Césarienne (s)

Fausse(s) couche (s) avant 3 mois

Prématuré(s) avant 8 mois

Fausse(s) couche(s) après 3 mois

Interruption(s) pour motif médical

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 (si oui, précisez) .....

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

Si oui, lesquels ? .....

Suivi par qui ? .....

Dans quelles structures ? .....

*Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet ne pourra être traité.*

Fait à .....

Signature (ou indiquer votre nom et votre prénom) :

Le .....

# Je m'inscris à la maternité du CHU de Nantes



Hôpital femme-enfant-adolescent  
38 bd Jean-Monnet 44093 Nantes Cedex 01  
Accueil maternité 02 40 08 31 92

Pour plus d'informations,  
n'hésitez pas à consulter le site  
internet de la maternité  
[chu-nantes/maternite](http://chu-nantes/maternite).

Des réunions de présentation de  
la maternité sont organisées  
**tous les mois entre 17h et 19h**  
(dates disponibles sur le site  
internet du CHU de Nantes).

## Plus de 4000 bébés y naissent chaque année.

La maternité du CHU de Nantes est  
une maternité de référence implantée  
en plein cœur de Nantes. Elle bénéficie  
d'un environnement sécurisé avec  
des professionnels spécialisés et des  
équipements de pointe qui garantissent une  
prise en charge optimale pour la sécurité et le  
confort des mères et des nouveau-nés.

Maternité de proximité et de recours  
(type 3), elle travaille en réseau avec les  
autres maternités publiques du département :  
Saint-Nazaire, Chateaubriant, Ancenis.



AUX NOUVELLES  
FRONTIÈRES  
DE LA SANTÉ

Direction de la communication  
Avril 2025  
GED 7090-DI-166-V02

CHU-NANTES.FR    



GROUPEMENT  
HOSPITALIER  
DE TERRITOIRE  
LOIRE ATLANTIQUE