

CHU DE NANTES 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

OU PAR E-MAIL

bp-inscription-maternite@chu-nantes.fr



CHU DE NANTES 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 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, lesquelles ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels ?

Nombre de grossesses au total (hors grossesse actuelle)

Incluant :

<input type="checkbox"/>	accouchement(s) par voie basse	<input type="checkbox"/>	césarienne (s)
<input type="checkbox"/>	fausse(s) couche (s) avant 3 mois	<input type="checkbox"/>	fausse(s) couche(s) après 3 mois
<input type="checkbox"/>	prématuré(s) avant 8 mois	<input type="checkbox"/>	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) oui non

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

Si oui, lesquels ?

Suivi par qui ?

Dans quelles structures ?

*A réception de ce formulaire et dans un délai maximum de 3 semaines, une réponse vous sera adressée par courrier. **Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet ne pourra être traité.***

Fait à le,

Signature

JE M'INSCRIS À LA MATERNITÉ DU CHU DE NANTES

HOPITAL FEMME-ENFANT-ADOLESCENT
38 BD JEAN MONNET 44093 NANTES CEDEX 1
ACCUEIL MATERNITE 02 40 08 78 00



Pour plus d'information, n'hésitez pas à consulter le site internet de la maternité chu-nantes/maternite.

Des réunions de présentation de la maternité sont par ailleurs organisées mensuellement entre 17h et 19h (dates disponibles sur le site internet).

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 nouveaux-nés.

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



GRUPEMENT
HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
LOIRE ATLANTIQUE