



# 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 ou e-mail**

- secrétariat des consultations d'obstétrique  
38 Bd Jean Monnet – 44093 Nantes Cedex 1
- [bp-inscription-maternite@chu-nantes.fr](mailto: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.*

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 32 17



Pour plus d'information, 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 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.*



GROUPEMENT  
 HOSPITALIER  
 DE TERRITOIRE  
 LOIRE ATLANTIQUE