

Questionnaire d'inscription maternité

Questionnaire d'inscription à la maternité

- [Inscription maternité](#)
- [L'équipe](#)
- [Informations patients](#)
- [Vidéo d'information](#)

Madame,

Pour nous permettre de répondre plus rapidement à votre demande d'inscription à la maternité de l'IMM, pourriez-vous remplir le questionnaire ci-dessous et le joindre à votre demande par e-mail (après confirmation de la grossesse par un médecin) :

Questionnaire Maternité

Votre nom de jeune fille / nom de naissance (tel que noté sur votre pièce d'identité) : *

Votre nom marital / nom d'usage (tel que noté sur votre pièce d'identité) : *

Votre prénom : *

Date de naissance : *

Votre adresse :

N° de téléphone : *

Adresse mail : *

Les coordonnées de votre médecin traitant :

Les coordonnées de votre gynécologue :

Si vous possédez une couverture sociale (sécurité sociale, CMU

ou autre), joindre une copie de votre attestation de droits à votre e-mail

Téléversement de fichier

📎 Joindre la copie Choisir un fichier

Maximum file size: 268.44MB

Votre résultat de dosage de Béta HCG + date à laquelle vous l'avez effectué :

Le premier jour de vos dernières règles :

Si vous avez fait une échographie de datation :

Date de début de grossesse ?

Attendez-vous des jumeaux ?

Oui

Non

Votre taille :

Votre poids :

Votre grossesse est-elle spontanée ou avez vous fait appel à un service de PMA ? Et est ce le service de PMA de l'IMM ?

Si ce n'est pas votre première grossesse :

Avez-vous déjà fait des fausses couches et/ou des IVG ? Si oui combien ?

Combien d'enfants avez-vous ?

Comment avez vous accouché pour la/les grossesse(s) précédente(s) (voies naturelles ou césarienne) ?

Aviez-vous eu vous ou le bébé des complications suite à l'accouchement ?

Avez-vous des antécédents médicaux, gynécologiques, chirurgicaux ou des traitements en cours à nous signaler ?

MERCI DE NOUS AVOIR AIDÉ À MIEUX VOUS ACCUEILLIR

Si vous êtes un humain, ne remplissez pas ce champ.

Envoyer