



Votre identité

Date de la demande :/...../.....

Nom d'épouse :

Nom JF :

Prénom :

DN :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Mail :

GROSSESSE ACTUELLE

Date des dernières règles

Date du début de grossesse :

Date d'accouchement prévu

Attendez-vous des jumeaux ? Oui Non

VOS ANTECEDENTS

Avez-vous une maladie particulière ? Non Oui

Si oui la (les) quelle (s) ? Suivie par qui ? Où ?

.....
.....

Prenez vous actuellement un traitement médical ? Non Oui Si oui lequel :

Nombre de grossesses
Nombre de fausses couches

Nombre d'enfants

Nés par voie basse

Par césarienne

Avez-vous eu des complications lors d'une précédente grossesse ou lors d'un accouchement ? Oui Non

Si oui précisez :

Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ? Oui Non

Si Oui laquelle ?

Avez-vous eu une interruption de grossesse pour motif médical ou pathologie de l'enfant à naître ? Oui Non

Si oui laquelle ?

Joindre impérativement le justificatif de domicile à cette fiche d'inscription remplie à l'adresse suivante :

rb.rendezvous.gyneco-obstetrique@ght-gpne.fr

ou à déposer directement au bureau des RV gynécologiques.

I