



Centre Hospitalier d'Auch  
EN GASCOGNE

**Pôle Mère-Enfant  
Service de Gynécologie Obstétrique**

## **FICHE D'INSCRIPTION A LA MATERNITE D'AUCH**

Cette fiche sert à valider votre souhait d'accoucher à la maternité du Centre Hospitalier d'Auch.

Elle sert aussi à programmer et à organiser au mieux votre suivi de grossesse.

En cas de grossesse à bas risque, vous pourrez être suivie par votre médecin traitant si celui-ci réalise du suivi de grossesse ou bien par votre sage-femme. Vous serez alors vue en consultation en fin de grossesse au Centre Hospitalier d'Auch.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, vous faire aider d'un professionnel de santé (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue) pour la remplir.

### **Comment nous faire parvenir votre fiche d'inscription ?**

**- par voie postale :**

**Centre Hospitalier d'AUCH  
Secrétariat Gynécologie-Obstétrique  
Allées Marie Clarac  
32008 AUCH**

**- par email à l'adresse suivante :**

**[GYNECO\\_OBSTETRIQUE.Secretariat@ch-auch.fr](mailto:GYNECO_OBSTETRIQUE.Secretariat@ch-auch.fr)**

*( **Attention** : il s'agit d'une adresse email non sécurisée pour la protection des données personnelles. Si vous le souhaitez, vous pouvez également adresser le document par voie postale ou bien le déposer au secrétariat de la maternité.)*

Nous vous communiquerons ensuite le type de suivi adapté et les rendez-vous par email ou par courrier.

## COORDONNEES

	<b>Patiente</b>	<b>Conjoint(e)/ Co-parent</b>
<b>Nom d'usage</b>		
<b>Nom de naissance</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Nationalité</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Numéro de téléphone</b>		
<b>Adresse mail</b>		

## MODE DE VIE

Parlez-vous et comprenez-vous le français ?

.....

Où vivez-vous actuellement ? Logement personnel  Hébergement  Sans logement

Avez-vous une couverture sociale ? Sécurité sociale  CMU  Pas de couverture

Consommez-vous (et si oui en quelle quantité par jour) ?

Alcool : .....

Tabac : .....

Cannabis : .....

Drogues : .....

## CORRESPONDANTS

Êtes-vous suivie par d'autres médecins ou sage-femme ? (*Merci de préciser leurs coordonnées*)

Sage-femme : .....

Médecin généraliste : .....

Autres (spécialistes) : .....

.....

Connaissez-vous des professionnels de santé à proximité de chez vous qui pourraient suivre votre grossesse si elle est à bas risque ? OUI  NON

Si Oui, Qui ? .....

**GROSSESSES PRECEDENTES (enfant, interruption volontaire de grossesse, fausse couche, grossesse extra-utérine)**

Si vous avez été suivie à l'hôpital d'Auch pour toutes vos grossesses, il est inutile de remplir le tableau. Sinon merci de remplir le tableau par ordre chronologique des grossesses (enfant, mais aussi interruption volontaire de grossesse, fausse couche, grossesse extra-utérine).

Année					
Lieu (hôpital, clinique, ville, département)					
Problèmes pendant la grossesse (diabète, hypertension artérielle, accouchement prématuré)					
Accouchement par voie naturelle (spontané ou avec instruments)					
Césarienne					
Terme de naissance					
Poids de naissance					
Interruption volontaire de grossesse (médicamenteuse/ chirurgicale)					
Grossesse extra-utérine (traitement médical ou chirurgie)					
Fausse couche (spontanée, traitement médical ou chirurgie)					

**ANTECEDENTS PERSONNELS :**

Votre taille = .....

Votre poids avant la grossesse = .....

Avez-vous des problèmes de santé ? Si oui lesquels ?

.....  
.....  
.....  
.....

Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui lesquels ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous déjà eu des opérations chirurgicales ? Si oui lesquelles ? (Hors interruption volontaire de grossesse et césariennes)

.....  
.....  
.....

Avez-vous déjà eu des problèmes gynécologiques ? Si oui lesquels ?

.....  
.....  
.....

### **ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET FAMILIAUX**

Y a-t-il des problèmes de santé dans votre famille ? (cancer, maladie génétique, malformation, diabète, hypertension artérielle etc)

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille du père de l'enfant (maladie génétique, malformation) ?

.....  
.....  
.....

Le père de l'enfant a-t-il des problèmes de santé ou maladies ?

.....  
.....  
.....

### **GROSSESSE ACTUELLE**

Date des dernières règles : ...../...../.....

Avez-vous déjà eu une échographie pour cette grossesse ?    oui             non

Y a-t-il des problèmes pour cette grossesse ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous déjà été suivie à l'hôpital d'Auch en gynécologie obstétrique ?    oui             non

Fiche remplie par .....

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature

**Cadre réservé à la maternité – Ne pas remplir**

**Commission d'inscription du** ...../...../.....

**Présents :** .....

.....

.....

**Type de suivi**

- A1
- A2
- B

**Modalités de suivi :**

.....

.....

.....

.....

.....