

Demande d'admission à la Maternité

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

Numéro de téléphone fixe : Téléphone portable :

Assurance : Commune Demi-privé Privé Hors canton

Gynécologue traitant :

Gestité /Parité : DR : TP : TC :

Type de grossesse: Simple Gémellaire Triple

Grossesse désirée Oui Non

 spontanée Oui Non

Antécédents personnels relevant :

.....

Antécédents obstétricaux :

.....

Anamnèse d'herpès vulvaire :

Groupe Rh* : Ac irréguliers* : Date :

Rubéole* : Autre sérologies* :

Syphilis* :

Hépatite C : OUI NON Si oui , charge virale :

HbsAg* : Anticorps Anti-Hbs* : HIV* :

Autres sérologies Hep B * :

Strepto B* : Date : prévu le :

Hépatite B, vaccin : OUI NON

Vaccin coqueluche: OUI Date : NON sera fait le :

Risque T21* : Risque T18/13* NFTN* :

HGPO: normal pathologique

(* = joindre copie du labo)

Facteurs de risque / communications importantes

Désirez -vous que cette patiente soit convoquée et suivie en salle d'accouchement dès le terme de sa grossesse :

Oui

Non

Prise de rendez-vous par téléphone **du lundi au vendredi de 08h00 à 12h00 au 079 559 40 85 en dehors de ce créneau horaire veuillez appeler, le 032 713 33 07**

Timbre du cabinet obligatoire :

Date :

Signature :