



Maternité - Formulaire d'inscription

Formulaire à retourner dûment complété au
Centre Hospitalier de Sainte Foy-lès-Lyon - Pôle Naissance et Pathologies de la Femme
78 chemin de Montray - BP 45 - 69110 SAINTE FOY LES LYON

ou à compléter en ligne sur le site Doctolib : <https://www.doctolib.fr/hopital-public/sainte-foy-les-lyon/maternite-ch-sainte-foy-les-lyon-chsf>

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... (jj/mm/aa)

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : et/ou Téléphone portable :

eMail :

Nom de votre médecin traitant :

Date de vos dernières règles :/...../..... (jj/mm/aa)

Date de début de grossesse :/...../..... (jj/mm/aa)

Date présumée d'accouchement :/...../..... (jj/mm/aa)

Nom du praticien suivant actuellement la grossesse :

La déclaration de grossesse a-t-elle été faite ? ☐ Oui ☐ Non

A partir de quelle date, souhaitez-vous être suivie par le Centre Hospitalier de Sainte Foy-lès-Lyon ? (Sauf pour les patientes suivies aux cabinets de nos praticiens)/...../..... (jj/mm/aa)

S'agit-il d'une grossesse multiple ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle est votre taille ? Votre poids avant la grossesse :

Avez-vous déjà eu une césarienne ? ☐ Oui ☐ Non

Durant la/les grossesse(s) précédente(s), avez-vous eu des complications lors de votre/vos accouchement(s) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel/lesquels ?

Avez-vous des antécédents de phlébite ou d'embolie pulmonaire ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous diabétique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le type de diabète dont vous souffrez :

Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Nous vous remercions de joindre à ce formulaire, les copies de votre pièce d'identité, votre attestation de droits à la sécurité sociale ainsi que votre carte de mutuelle.