



PÔLE NAISSANCE ET PATHOLOGIE DE LA FEMME
Service de maternité

Tél. : 04 72 16 86 68 - Mail : secretariat.go@chsflyon.fr

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.chsflyon.fr)

Nom d'usage :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Date de naissance :	/ /
N° de SS :		Adresse Email :	
Adresse complète :			
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	

Nom de votre médecin traitant :

Date de vos dernières règles : / /

Date de début de grossesse : / /

Date présumée d'accouchement : / /

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) : / /

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

Quelle est votre taille ? cm Votre poids avant la grossesse : kg

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, laquelle/lesquelles :

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

Êtes-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,
- Votre carte de mutuelle.