

NOM d'épouse :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

GROSSESSE ACTUELLE

Date des Dernières Règles: / / **Date de Début de Grossesse**(si vous avez une écho. de datation) : / /

Votre grossesse actuelle est-elle suivie ? Oui Non

Si oui, par qui ? (précisez son nom) Gynécologue : Sage-femme : Médecin Traitant :

S'il s'agit d'un professionnel en ville, jusqu'à quel terme de grossesse votre suivi est-il organisé avec lui ?

Avez-vous déjà été suivie par un gynécologue ou une sage-femme du CH Perpignan ? Non Oui Son nom :

Avez-vous déjà accouché au CHP ? Non Oui

Êtes-vous mineure ? Non Oui

Attendez-vous ? Un seul enfant Des jumeaux Des triplés

Avez-vous une pathologie pour la grossesse actuelle ? Non Oui. Laquelle ?

ANTÉCÉDENTS

Avez-vous une maladie chronique ou de graves problèmes de santé ? Non Oui. Le(s)quel(s) ?

Êtes-vous en situation de handicap ? Non Oui. Lequel ?

Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Non Oui. Lesquels ?

Y a-t-il une maladie génétique dans votre famille ? Non Oui. Laquelle ?

Avez-vous eu un ou des enfants qui présentent une maladie grave ? Non Oui, laquelle ?

Combien de grossesses avez-vous eu ?

Avez-vous déjà fait une ou plusieurs Fausses Couches ? Non 1FC 2 FC 3 FC ou plus

Avez-vous déjà fait une Fausse couche après 3 mois ? Non Oui

Avez-vous déjà accouché avant 8 mois ? Non Oui. A quel terme ?

Avez-vous déjà eu un cerclage pour une grossesse antérieure ? Non Oui

Avez-vous déjà fait une Interruption Volontaire de Grossesse ? Non Oui

Avez-vous déjà fait une Interruption Médicale de Grossesse ? Non Oui. A quel terme ?

Pour quel motif ?

Avez-vous déjà été confrontée à une Mort Fœtale In Utéro ? Non Oui. A quel terme ?

Avez-vous eu une pathologie ou complication pour une Grossesse antérieure ? Non Oui. Laquelle ?

Hypertension, Pré-Éclampsie Diabète Hémorragie de la délivrance Bébé hospitalisé en néonatalogie Autre :

Avez-vous accouché par Voie basse Césarienne

En cas de césarienne, avez-vous eu plusieurs césariennes ? Non Oui. Combien ?

SITUATION PERSONNELLE

Avez-vous une couverture sociale ? Sécurité Sociale Mutuelle CMU AME Aucune

Habitez-vous ? En couple Seule

Avez-vous des problèmes de logements ? Non Oui

Si oui, où habitez-vous ? Chez des amis ou de la famille Foyer Hôtel Pas de domicile

Avez-vous des problèmes de compréhension du français ? Non Oui

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis

Madame (Nom, prénom) :

Date :

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À LA MATERNITÉ

Décision : INSCRITE NON INSCRITE

Patiente prévenue le / /

Par : Mail Courrier Téléphone

Le Centre Hospitalier de Perpignan, en tant que Responsable de Traitement, collecte et traite vos données personnelles. Ces traitements ont pour but de garantir l'organisation et le suivi de votre prise en charge, ainsi que la gestion de votre dossier médical et administratif. Ces traitements servent également à assurer le fonctionnement et la gestion des services de soins. Par ailleurs, vos données personnelles peuvent être utilisées à des fins de recherche en santé, sauf si vous vous y opposez. Vous trouverez une information détaillée sur les traitements de vos données personnelles dans le Livret d'Accueil transmis lors de votre arrivée et disponible également en ligne sur notre site internet.

Vous avez le droit de demander l'accès à vos données, leur rectification, leur limitation ou leur suppression. Vous pouvez également exprimer vos souhaits concernant leur conservation, leur effacement ou leur communication après votre décès. Si le traitement est fondé sur votre consentement, vous pouvez le retirer à tout moment.

Ces demandes peuvent être adressées par courrier à l'hôpital ou au professionnel de santé en charge de votre dossier. En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : dpo@ch-perpignan.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr>."