

Fiche à remplir de préférence
avec votre gynécologue, médecin
généraliste ou sage-femme

et à transmettre :

Par courrier : Inscription maternité
Hôpital Paule de Viguier,
330 avenue de Grande-Bretagne,
TSA 70034, 31059 Toulouse cedex 9

Par fax : 05 67 77 11 63

**Par médimail à l'aide de
votre professionnel de santé :**

inscriptionmaternite@chu-toulouse.fr

A déposer à l'accueil de Paule de Viguier

Fiche de demande d'inscription à la maternité Paule de Viguier

Nous vous remercions d'avoir choisi la maternité de Paule de Viguier pour votre accouchement. Vous recevrez une réponse courrier à votre demande sous 7 jours ouvrés suite à la réception de votre demande.

Les renseignements médicaux que vous allez nous fournir nous permettront d'une part de valider votre inscription, et d'autre part de vous proposer un parcours de suivi de grossesse adapté à votre situation.

Dans l'hypothèse où nous ne pourrions donner une réponse favorable à votre demande, nous vous orienterons vers d'autres maternités de Toulouse et sa périphérie.

Aucune demande d'inscription ne se fera par téléphone.

Coordonnées

NOM d'épouse : Prénom :

NOM de Naissance : Date de Naissance :

Adresse :

Numéro et nom de la voie :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone : Adresse mail :

Professionnel de santé

Êtes-vous aidée par un professionnel de santé pour remplir cette demande d'inscription ? Oui Non

Si oui, la réponse à cette demande d'inscription sera également transmise au professionnel de santé indiqué

Coordonnées du professionnel de santé :

NOM : Prénom : Profession :

Adresse :

.....

Conditions de vie

Avez-vous des difficultés pour comprendre le français et vous exprimer ? Oui Non

Si oui, quelle langue parlez-vous ?

Vivez-vous ? En couple Seule

Où logez-vous en ce moment ?

Logement personnel Chez des amis A l'hôtel En foyer Dans la rue

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

Consommez-vous ? Tabac Cannabis Alcool Autre

Précisez :

Antécédents médicaux

Poids : Taille :

Prenez-vous des médicaments, lesquels ?

Avez-vous des problèmes gynécologiques, lesquels ?

Avez-vous des problèmes de santé, lesquels ?

De quoi avez-vous déjà été opérée ?

Professionnels de santé participant à votre prise en charge

Médecin généraliste (nom, tél) :

Gynécologue/Obstétricien (nom, tél) :

Sage-femme libérale (nom, tél) :

Autres spécialistes (précisez) :

Avez-vous déjà été suivie à l'hôpital Paule de Viguier? Non Oui par

Grossesses précédentes

Année						
IVG (interruption volontaire de grossesse), FCS (fausse couche spontanée), IMG (interruption médicale de grossesse)						
Lieu accouchement						
Césarienne						
Grossesse unique ou multiple						
Enfant prématuré ? (terme en SA)						
Poids du/des Nouveau(x)-né(s) en Kg						
Faits marquants (diabète, HTA, hémorragie de la délivrance...)						

Grossesse actuelle

Date des dernières règles : Terme prévu (41SA) : Nombre de fœtus :

Echographie du premier semestre faite ? Oui Non

Votre grossesse est-elle déjà suivie ? Oui par : Non

Avez-vous un problème particulier pour cette grossesse ? Si oui, lequel Non

Précisez :
.....

Si vous avez une préférence pour un professionnel, précisez son nom ainsi que la nature du suivi : privé (dépassement d'honoraires à votre charge) ou public ou indifférent.

.....

Si cela est possible (en fonction des disponibilités de chaque professionnel), nous nous efforcerons de répondre favorablement à cette demande.

Echanges avec l'hôpital

Souhaitez-vous poursuivre nos échanges par voie électronique ?

- Oui vous recevrez notre réponse et dates de RDV par mail
Nous vous invitons à créer votre espace personnel MyCHU dès maintenant si vous avez déjà été suivie dans notre institution ou après votre première venue s'il s'agit de votre première prise en charge au CHU de Toulouse. Vous pourrez alors bénéficier de tous les services en ligne offerts par le CHU.
- Non vous recevrez notre réponse et les convocations à vos RDV uniquement par voie postale

Fiche remplie par :	Docteur/Sage-femme :	Commentaires :
Madame :
Date :	Date :	
Signature	Signature + cachet	

Réservé au CHU – Avis de la commission des inscriptions

Date de la commission :

Décision : Inscrite Non inscrite

Suivi dans filière :

VO

V

O

OT1

OM9

R

RR

Accompagnement psycho-social proposé : Oui Non

Suivi Sage-Femme ou médecin :

Rendez-vous proposés :

.....

.....

.....

.....

.....

.....