

# QUESTIONNAIRE

d'inscription à la maternité de  
l'Institut Mutualiste  
MONT SOURIS



Madame,

Pour nous permettre de répondre plus rapidement à votre demande d'inscription à la maternité de l'IMM, pourriez-vous remplir le questionnaire ci-dessous et le joindre à votre demande par e-mail (après confirmation de la grossesse par un médecin) :

- Votre nom de jeune fille / nom de naissance (tel que noté sur votre pièce d'identité) :

.....

- Votre nom marital / nom d'usage (tel que noté sur votre pièce d'identité) :

.....

- Votre prénom : .....

- Date de naissance : .....

- Adresse : .....

- N° de téléphone : .....

- Adresse mail : .....

- Les coordonnées de votre médecin traitant : .....

.....

- Les coordonnées de votre gynécologue :

.....

**Si vous possédez une couverture sociale (sécurité sociale, CMU ou autre), joindre une copie de votre attestation de droits à votre e-mail**

- Votre résultat de dosage de Béta HCG + date à laquelle vous l'avez effectué : .....

- Le premier jour de vos dernières règles : .....

- Si vous avez fait une échographie de datation : .....

- Date de début de grossesse ? .....

- Attendez-vous des jumeaux ? .....

- Votre taille : .....

- Votre poids : .....

- Votre grossesse est-elle spontanée ou avez vous fait appel à un service de PMA ? si oui est ce le service de PMA de l'IMM ? .....

**- Si ce n'est pas votre première grossesse :**

- Avez-vous déjà fait des fausses couches et/ou des IVG ? Si oui combien ? .....

- Combien d'enfants avez-vous ? .....

- Comment avez vous accouché pour la/les grossesse(s) précédente(s) (voies naturelles ou césarienne) ? .....

- Avez-vous eu vous ou le bébé des complications suite à l'accouchement ? .....

- Avez-vous des antécédents médicaux, gynécologiques, chirurgicaux ou des traitements en cours à nous signaler ? .....

**MERCI DE NOUS AVOIR AIDÉ À MIEUX VOUS ACCUEILLIR**

Le secrétariat