

Annonce d'accouchement à la Clinique de la Source

Identité de la patiente

Nom :	Nom du gynécologue :
Prénom :	Assurance maladie de base
Date de naissance :	Nom de l'assurance :
Adresse :	N° de l'assurée :
N° de portable :	Assurance maladie complémentaire
	Nom de l'assurance :
	N° de l'assurée :
	privé semi-privé forfait
	- souhaite chambre privé semi-privé

Deuxième parent

Nom :
 Prénom :
 N° de portable :

Nouveau-né

Nom de famille du futur enfant :
 Nom du futur pédiatre :
 durant le séjour :

Gestité / Parité

Gestité :
 Parité :
 Sage-femme indépendante
 non
 oui :

Accouchement

Date du terme :
 Voie basse
 Césarienne, date prévue : heure :
 indications :

Anamnèses

Antécédents médicaux et chirurgicaux :
 :
 :
 :
 :

Antécédents obstétricaux :
 :
 :
 :
 :

Laboratoire

	Immunisée	Non Immunisée		positif	négatif
Toxo :			HIV :		
Rubéole :			VDRL :		
CMV :			Hépatite C :		
Rougeole :			Strepto B :		pas testé
Hépatite B :			fait le :		
Groupe sanguins :			Ac irréguliers :		

Examens et surveillances

Diabète gestationnel : non oui
 Hypertension artérielle : non oui
 US morphologique :

Vaccinations

Coqueluche date :
 Rubéole date :
 Grippe date :

Traitement :

Autres :

