**INSCRIPTION AU SERVICE SAGE-FEMME (ancienne clientèle)**

|  |  |
| --- | --- |
| **RÉSERVÉ À l’ADMINISTRATION** | **❑ ATTRIBUÉ.E à :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **❑ La personne a été avisée pour la liste d’attente le :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **8 sem. :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **10 sem. :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **1er RDV le :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **avec :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**❑** **13.6 sem. :** \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |
| **Suivi téléphonique** | **Date 1er appel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date 2e appel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date 3e appel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **❑** Suivi déjà commencé **❑** Test dedépistagede latrisomie 21 fait  |
| **Notes diverses** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** |
|
| **# Dossier** |
| **P**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DPA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**❑** Selon l’échographie**❑** Inconnue date de l'échographie le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|
| **Suivi** |
| **❑ Fiche périnatalité + demande faites** |
| **❑ Assignation faite** |
| ❑ Manque de ress. |
| ❑ Désistement Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Raison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ Fausse-couche Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ Tableau des attributions traité❑ RDV annulé Clinibase ❑ Dossier fermé Sic+ |

 |

|  |
| --- |
| **DATE D’INSCRIPTION :** Jour / Mois / Année |
| **Nom :**  | **Prénom :**  | **Date de naissance :**  |
| Écrire ici. | Écrire ici. | Année / Mois / Jour |
| **Numéro d’assurance maladie :** Écrire ici.**Expiration** : Année / Mois [ ]  Je n’ai pas de carte d’assurance maladie  | **Âge à l’accouchement :**Écrire ici. |
| **Adresse :**  | **Ville :**  | **Code postal :** |
| Écrire ici. | Écrire ici. | Écrire ici. |
| **Téléphone 1 :** Écrire ici. **Téléphone (partenaire ou autre) :**  Écrire ici.**Adresse courriel :**  Écrire ici. **❑** SIC+[ ] J’autorise la Maison de naissance à communiquer mon adresse courriel au comité des parents de la Maison de naissance pour pouvoir être informée des activités en lien avec le comité. |
| **Nom de votre père :** | **Prénom :** | Si vous ou votre partenaire êtes plus à l’aise dans une **autre langue que le français**, inscrivez laquelle : Écrire ici. |
| Écrire ici. | Écrire ici. |
| **Nom de votre mère :** | **Prénom :** |
| Écrire ici. | Écrire ici. |
| **Nom de votre partenaire :** | **Prénom :** |
| Écrire ici. | Écrire ici. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de grossesses antérieures (incluant fausse couche et avortement) :**  | Écrire ici. |
| **Nombre d’enfants :** | Écrire ici. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quel est le 1er jour de vos dernières menstruations ?** | Année / Mois / Jour | [ ] Inconnu |
| **Quelle est la longueur de vos cycles ?**  |  \_\_\_\_Jours *(Nombre de jours* ***entre chaque*** ***cycle menstruel. Ex. 28 jours****)*  | [ ] Cycle irrégulier :De \_\_\_\_ à \_\_\_\_ jours |
| **Date prévue d’accouchement (si connue) :** | Année / Mois / Jour | [ ] Selon une échographie |
| **LIEU D’ACCOUCHEMENT DÉSIRÉ :**  [ ]  Maison de naissance [ ]  Domicile [ ]  Hôpital |

|  |
| --- |
| **BESOIN DE PRESCRIPTIONS**  [ ]  OUI [ ]  NON |
| [ ]  Datation [ ]  Clarté nucale [ ]  Autres[ ]  CNESST  | **Les prescriptions pourront être faites seulement** **si vous êtes attribué.e à une sage-femme**  |
| **SUIVI ANTÉRIEUR AVEC UNE SAGE-FEMME**  [ ]  OUI [ ]  NON |
| **Si oui, dans quelle maison de naissance?**  [ ]  MDN Capitale-Nationale [ ]  Autre : Écrire ici. |
| **Nom de la sage-femme lors du dernier suivi :**Écrire ici. | **Nom de la sage-femme demandée :**Écrire ici. |
| Si vous n’avez pas de suivi antérieur avec une sage-femme, et que vous avez déjà fait la séance d’information, **veuillez indiquer la raison pour laquelle vous n’avez pas eu de suivi :** | [ ]  Interruption de grossesse [ ]  Désistement [ ]  Liste d’attente  [ ]  Autre : Écrire ici. |

**NOTE**: **Vous serez contactée dans un délai de 2 semaines par courriel** pour vous informer si nous avons une place pour vous ou si vous serez sur la liste d’attente. Nous ne pouvons pas garantir un suivi avec une sage-femme, veuillez donc prévoir un autre suivi selon l’avancement de votre grossesse.