**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.