

MAISON DE NAISSANCE - DEMANDE DE SERVICES

Date de la demande: _____

Nom: _____ Date de naissance: _____

Numéro d'assurance-maladie: _____ Expiration: _____

Nom et prénom de vos parents: _____

Père: _____

Mère: _____

Adresse: _____ Tél. rés.: _____
VILLE, CODE POSTAL _____ Tél. autre: _____

Courriel: _____ Nom partenaire: _____

Est-ce une première grossesse ? Oui Non
nbr Grossesse: _____ Fausse-couche: _____ Avortement: _____

ANIMAUX DOMESTIQUES?

Nombre d'enfants: _____ ÂGE: _____

PRENZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?

Avez-vous déjà accouché par césarienne ?

Oui Date: _____
Non

SI OUI, LESQUELS?

Avez-vous déjà reçu les soins d'une sage-femme ?

Oui Quand: _____
Non Sages-femmes: _____

Date des Dernières Menstruations: _____

Date Probable d'Accouchement: _____

Avez-vous consulté un médecin pour le suivi de la présente grossesse ?

Oui Nom du médecin: _____
Non Nom de la Clinique: _____

Comment avez-vous été informée qu'il y avait des sages-femmes à la Maison de naissance Richelieu ?

Réponse: _____

ASSIGNATION LE: _____	Par: _____			
SAGE-FEMME: _____				
Premier rendez-vous le: _____	Heure: _____			
RENCONTRE D'INFORMATIONS OBLIGATOIRE LE: _____				
LISTE	TM	CARTABLE	ANNULATION	FERMETURE

À retourner à: reception_sage-femme.cssshrr16@ssss.gouv.qc.ca