*Afin de faciliter la constitution de votre dossier médical, le médecin vous remercie de remettre à la secrétaire, après l’avoir remplie, cette fiche d’information médicale et administrative qui reste confidentielle et soumise au secret professionnel.*

*Ce document sera intégré à votre dossier médical : vous pouvez y avoir accès en permanence.*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS** *(1ère consultation)*

*Date du jour:*

|  |
| --- |
| **NOM MARITAL :**  |
| **Prénom**  |
| Nom de Jeune Fille :  |
| **Née le :**  |
| **Profession :**  |
| Adresse :  |
| Code Postal VILLE  |

|  |
| --- |
|  |
| **Téléphone :**  |
|  Domicile :  |
|  Travail :  |
|  Portable :  |
|  E-mail :  |

*Médecin généraliste référent et adresse :*

*Médecin gynécologue habituel et adresse :*

|  |
| --- |
| *Veuillez indiquer vos antécédents :*  |
| □ **Gynéco-obstétriques**  |  |
| - nombre d’enfants : (*préciser si grossesse pathologique, sexe de l’enfant, lieu, date et poids de naissance, terme et mode d’accouchement : voie basse ou césarienne*) : - grossesses ou accouchements précédents difficiles - *précisez* : - maladies gynécologiques ou interventions chirurgicales gynécologiques : (*utérus, ovaires, seins* ..) – *précisez* :  |

***Tournez SVP***⇒

|  |  |
| --- | --- |
| □ **Généraux**  | □ **Familiaux**  |
| - anesthésies, hospitalisations et interventions : (*précisez le type d’intervention*) : - traitements médicaux réguliers (*précisez*) : - maladies chroniques ou allergies (*précisez*) :  | - maladies génétiques ou héréditaires – *précisez* : - Y a-t-il eu des problèmes gynéco dans la famille ? (*cancer du sein, utérus, ovaires, fibromes, autres*) *précisez* : - maladies chroniques (*HTA, diabète*..) *précisez* :  |

 **Pour un suivi de grossesse, veuillez indiquer :**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Date des Dernières Règles ***(DDR)***  |  |
| □ Début Présumé de Grossesse ***(DPG***) (*date notée par le médecin sur la déclaration de grossesse,* *nécessaire notamment pour déterminer vos congés de maternité*)  |  |
| □ Terme Prévu ***(TP)***  |  |

- Votre taille :

- Votre poids avant la Grossesse : - **Groupe Sanguin** :

**Etes-vous immunisée contre la :**

□ Toxoplasmose : OUI / NON
□ Rubéole : OUI / NON

 **Fumez-vous** : OUI / NON Si OUI, consommation habituelle :

**FICHE CONCERNANT VOTRE CONJOINT (*dans le cadre du suivi de votre grossesse*)**

**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Profession :

**Groupe Sanguin :**

A-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé : OUI / NON *Si OUI, précisez lesquels :*

**RESULTATS A RAMENER**

* Bilans sanguins
* Comptes rendus d’échographie
* Autres bilans réalisés en cours de grossesse