*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