

# Pré-admission en Obstétrique

## IDENTIFICATION DE LA MÈRE :

Inscrire le numéro de dossier inscrit sur la carte : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom à la naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

État civil :  Mariée..... Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Célibataire  
 Séparée  
 Divorcée  
 Veuve  
 Conjoint de fait

Lieu de naissance (prov. ou pays) : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Ville et code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de votre père : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de fille de votre mère : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ASSURANCE PERSONNELLE**  Oui  Non

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

À qui appartient l'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Le nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Ville de l'employeur : \_\_\_\_\_

Numéro de groupe : \_\_\_\_\_

Occupation de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Choix de chambre :  Salle (sans frais)  
 Semi privée (2 lits)  
 Privée (1 lit)

## DÉCLARATION DE NAISSANCE DU BÉBÉ :

Nom de famille que portera le nouveau-né(e) : \_\_\_\_\_  
 (Aucune initiale permise pour le nom de famille)

Nom et prénom du père du bébé : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre d'années(en chiffre) de scolarité de la mère : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) né(s) de grossesse(s) antérieure(s) : \_\_\_\_\_

Attendez-vous plusieurs bébés?

Date de naissance de la dernière naissance vivante : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Oui Combien : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) mort(s)-né(s) après 4 mois de grossesse : \_\_\_\_\_

Non

**Faire parvenir cette feuille au Service l'Accueil du CHRTR (Ste-Marie)  
 1 mois avant la date prévue de l'accouchement**