

# MON QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION À LA MATERNITÉ DES BLUETS

**Il est primordial de répondre à l'ensemble des questions** : elles permettent à nos équipes d'évaluer et de minimiser les risques liés à votre santé et à celle de votre bébé et de vous orienter, si nécessaire, vers d'autres maternités plus adaptées à certains types de suivis.

Après avoir rempli le questionnaire, **enregistrez-le et envoyez-le avec l'échographie de datation par mail à [inscriptions@bluets.org](mailto:inscriptions@bluets.org)** et notez dans l'OBJET : inscription – votre NOM (en majuscules) + votre Prénom (en minuscules)

**Mon identité** (merci de respecter l'identité de votre pièce d'identité ou passeport : identitovigilance)

Nom de naissance	Adresse
Nom d'usage	Ville
Prénoms de naissance	Code postal
Prénom usuel	Téléphone
Date de naissance	Email

**Ma grossesse actuelle**

Date du premier jour de vos dernières règles
Date du début de grossesse selon l'échographie de datation (à joindre obligatoirement)

**! Votre inscription ne sera pas prise en compte sans envoi de votre échographie de datation dans le même mail !**

Taille (en cm)	IMC (poids en kg / taille <sup>2</sup> en m)			
Poids avant grossesse (en kg)				
S'agit-il d'une grossesse multiple ?	NON	OUI	JUMEAUX	TRIPLÉS OU PLUS
Souhaitez-vous faire un Entretien Prénatal Précoce (EPP) ?	OUI	NON		
Avez-vous l'intention de vous inscrire aux ateliers de préparation à la naissance ?	OUI	NON		

**Mon état de santé actuel**

Souffrez-vous de problèmes de santé, lesquels :
Avez-vous déjà eu des interventions chirurgicales, lesquelles :
Prenez-vous régulièrement des médicaments, lesquels :
Avez-vous des allergies, lesquelles :

## Mes grossesses précédentes

Nombre de grossesse menée à terme ..... d'accouchement par voie basse .....

de césarienne : .....

Nombre de fausse couche avant 14 SA : ..... Nombre de fausse couche après 14 SA : .....

Prématuré avant 7 mois : .....

Suite à la fausse couche après 14 SA ou la naissance prématurée, avez-vous eu une nouvelle grossesse menée à terme Oui Non

Interruption pour raison médicale hors IVG : .....

Durant les grossesses précédentes, avez-vous eu :

De l'hypertension ? OUI NON

Du diabète gestationnel ? OUI NON

Une hémorragie de la délivrance ? OUI NON

Un cerclage ? OUI NON

Avez-vous déjà accouché aux Bluets ? OUI NON

## Ma couverture sociale

Avez-vous une assurance sociale en France ou en Europe ? OUI NON

Sans assurance sociale, avez-vous une assurance privée ? en France à l'étranger Non

## Avez-vous d'autres précisions à nous communiquer ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Merci d'enregistrer puis de l'envoyer à [inscriptions@bluets.org](mailto:inscriptions@bluets.org).

 Pensez à joindre votre échographie de datation (nous n'avons pas besoin des clichés).