

# Anamnèse lors du premier rendez-vous

<b>Informations personnelles :</b>			
Nom	Prénom		
Nom de naissance	Date de naissance		
Lieu de naissance	Nationalité		
Langue maternelle			
État civil	Confession		
Profession	Employeur		
Activité professionnelle au cours de la grossesse :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Y a-t-il une interdiction de travailler ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	depuis quand ?
Rue, numéro de maison :			
Code postal, lieu de résidence :			
Numéro de téléphone :	Portable :		
Adresse e-mail :			
Spécialiste (gynécologue) :			
<b>Partenaire à informer ou à contacter en cas d'urgence :</b>			
Nom	Prénom		
Nom de naissance	Date de naissance		
Profession	Portable :		
<b>Renseignements sur la caisse maladie :</b>			
Nom de la caisse maladie :	Numéro d'assuré :		

Assurance complémentaire privée :

**Demands d'hébergement pendant votre séjour dans notre établissement :****Veillez noter que nous ne pouvons répondre aux demandes qu'en fonction de la disponibilité et du versement supplémentaire !**
 Chambre simple  
(avec assurance obligatoire de 91,90 € par jour)

 Chambre double  
(avec assurance obligatoire de 40,45 € par jour)

 Occupation standard en chambre triple

 Chambre familiale  
(avec assurance obligatoire de 124,00 € par jour)

<b>Naissances précédentes :</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>
Année :				
Clinique :				
Semaine de grossesse :				
Type de naissance : (par exemple, naissance normale, césarienne, ventouse)				
Durée :				
Lésion du périnée :				
Complications :				
Sexe :				
Poids :				
Développement :				
Période post-accouchement :				
Allaitement : Oui / Non				
Durée :				
Problèmes ?				
<b>Grossesses précédentes</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>
Année :				

Clinique :				
Semaine de grossesse :				
Fausse couche/ avortement				
Curetage/anesthésie				
Particularités				

### Des complications ou des risques sont-ils apparus au cours de cette grossesse ?

<input type="checkbox"/> Infection urinaire	<input type="checkbox"/> Mycose	<input type="checkbox"/> Saignements	<input type="checkbox"/> Contractions prématurées
<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> Prise d'insuline	

Autres problèmes :

### Le diagnostic prénatal a-t-il été effectué pendant cette grossesse ? Si oui, lequel ?

<input type="checkbox"/> Mesure de la clarté nucale	<input type="checkbox"/> Test sanguin (par exemple, test Harmony ou test prénatal)
<input type="checkbox"/> Amniocentèse	<input type="checkbox"/> autres...

### Anamnèse propre :

Taille :		Poids avant la grossesse :		Poids actuel :	
Fumez-vous ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Combien de cigarettes par jour ? _		Consommez-vous de l'alcool ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Consommez-vous de la drogue ? Oui <input type="checkbox"/>		Laquelle ?			
Prenez-vous régulièrement des médicaments (par exemple pour la glande thyroïde, mais aussi des médicaments/vitamines spécifiques à la grossesse comme le magnésium ou le fer) ?					
Avez-vous des allergies/des intolérances alimentaires connues ?					
Souffrez-vous de maladies préexistantes (myopie ou					

hypermétropie, diabète, maladie thyroïdienne, hypertension artérielle, tendance à faire de l'anémie/des thromboses, poumon/voies respiratoires (asthme) ?					
Avez-vous subi des opérations ?	Quand	Clinique	Quelles	Anesthésie	Complications
1					
2					
3					
Vos parents proches (par exemple, vos parents, grands-parents, frères et sœurs) souffrent-ils de maladies chroniques nécessitant le recours à un traitement (par exemple, diabète, hypertension, thromboses, troubles de la coagulation ou handicaps) ?					
Notes personnelles pour l'aide à l'orientation :					
Avez-vous suivi un cours de préparation à l'accouchement ?					
Avez-vous déjà une sage-femme pour la période après l'accouchement ?		Nom :			
Qui peut vous accompagner lors de l'accouchement ?					
Nom et numéro de téléphone :					
Lors des examens suivants/procédures suivantes, la personne qui accompagne doit quitter la salle :					
Quelle idée faites-vous de l'accouchement ?					
Souhaitez-vous que nous placions votre enfant sur votre sein immédiatement après sa naissance ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Veuillez demander à ce moment	
La naissance de l'enfant est suivie par la délivrance du placenta. Avez-vous des souhaits particuliers à ce sujet ? (par exemple, globules placentaires, prélèvement de sang du cordon ombilical)					
Comment souhaitez-vous passer votre séjour après		Accouchemen		Séjour normal (env. 2-3 jours,	

l'accouchement ?	t ambulatoire	après une césarienne env. 4-5 jours)	
Souhaitez-vous allaiter votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> tout de suite après l'accouchement (colostrum)
<b>Dans ce qui suit, vous pouvez exprimer tout autre souhait que nous n'avons pas encore abordé. Souhaitez-vous nous faire part de précisions sur vos habitudes ? Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire qui vous préoccupe ?</b>			

Merci beaucoup pour votre confiance !