

## Informations que vous pourriez nous communiquer :

Traitement en cours :  
 Problèmes médicaux :  
 Problèmes gynécologiques :  
 Date du dernier frottis cervico-vaginal :  
 Antécédents chirurgicaux :  
 Antécédents familiaux :



## Grossesses précédentes

Dates d'accouchement						
Lieu(x) d'accouchement						
Césarienne : OUI ou NON						
Terme (nb de semaines)						
Poids de (des) enfant(s)						
Nom du médecin ou de la sage-femme (suivi)						
Remarques						

## Grossesse en cours

Date des dernières règles :  
 Date début de grossesse :  
 Terme prévu :  
 Nombre de fœtus :  
 Pathologies depuis le début de grossesse :

## MATERNITE CENTRE HOSPITALIER DE MACON

Site Internet : [www.ch-macon.fr](http://www.ch-macon.fr)  
 Boulevard Louis Escande  
 71018 MACON Cedex  
 Secrétariat : 03 85 27 53 38  
 Télécopie : 03 85 27 59 86  
 Salles Accouchement : 03 85 27 54 84  
 Standard : 03 85 20 30 40

## MATERNITE MACON (71)

## Carnet de bord Grossesse

**Ce carnet de bord est confidentiel et vous appartient.**

Outil de liaison entre l'équipe médicale et vous; il ne remplace pas le dossier médical.



**Merci d'apporter ce carnet pour vos RDV**

A chaque consultation, échographie, n'oubliez pas vos documents :

- Pièce d'identité
- Carte vitale à jour
- Carte mutuelle
- Carte de groupe sanguin
- Echographies et comptes-rendus
- Bilans sanguins et urinaires
- Courriers suivi de grossesse (médecin ou sage-femme)

# CARNET DE BORD GROSSESSE

Merci de compléter :

## Entretien prénatal précoce

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

## Préparation à la naissance

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

Le..... / ..... / ..... à ..... h ....

## Suivi :

Notes personnelles /  
consultations spécialisées

## Consultations et Echographies

Consultation d'accueil et d'orientation	Date : Heure :
Echographie 12 SA	Date : Heure :
Consultation déclaration de grossesse	Date : Heure :
Consultation 4ème mois	Date : Heure :
Echographie 22 SA	Date : Heure :
Consultation 5ème mois	Date : Heure :
Consultation 6ème mois	Date : Heure :
Consultation 7ème mois	Date : Heure :
Echographie 32 SA	Date : Heure :
Consultation 8ème mois	Date : Heure :
Consultation 9ème mois	Date : Heure :
Consultation d'anesthésie	Date : Heure :
Consultation Terme	Date : Heure :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : ..... / ... / .....

Adresse :

.....  
.....  
.....  
.....

Téléphone :

Portable :

Mail :

Profession :

Médecin traitant :

Gynécologue :

Sage-femme :

Nom du père :

Année de naissance du père

