

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
 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

