

Fiche de renseignement– Demande d’inscription en vue d’un accouchement à l’hôpital St. Elisabeth et St. Barbara Halle

Version 16.03.2020



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Ce formulaire est à remplir normalement entre la 34^e et la 36^e semaine de grossesse

Chères femmes enceintes,

Afin de limiter les contacts personnels à l'hôpital pendant la crise du coronavirus, des consultations externes visant à l'inscription en vue d'un accouchement ne sont proposées qu'en cas de nécessité. Néanmoins, par mesure de précaution, demandez à votre gynécologue de vous délivrer l'ordonnance permettant une consultation en vue de la planification d'une naissance (« Überweisung sur Geburtsplanung »)

Sur la base de ce formulaire, du carnet de maternité („Mutterpass“) et de cette ordonnance, nous déciderons si un entretien personnel est nécessaire. Le cas échéant, nous vous en informerons. Pour ce faire, nous vous prions de bien vouloir nous indiquer par quelle voie nous pourrions vous contacter à coup sûr (par exemple, grâce à un numéro de téléphone portable). Si un entretien personnel ne nous paraît pas indispensable dans l'immédiat, nous nous contenterons, en un premier temps, d'établir un dossier de naissance et vous prions, pour autant que votre grossesse se déroule sans problème, de vous présenter directement en salle d'accouchement que lorsque vous aurez des contractions, que vous perdrez les eaux aurez des saignements ou si vous constatez quelque chose d'anormal.

Jusque-là, faites-vous suivre par votre gynécologue/sage-femme.

Nous vous souhaitons une bonne grossesse et nous réjouissons à l'idée de vous rencontrer personnellement.

Dr. Sven Seeger (Médecin-chef)

Dans le meilleur des cas, soumettez le formulaire, après l'avoir rempli, à votre gynécologue/sage-femme avant de nous le transmettre.

Envoyez-nous ce **questionnaire**, une **copie du carnet de maternité („Mutterpass“)**, tous les résultats préliminaires importants (sous forme des lettres envoyés à votre médecin traitant) ainsi qu'une copie de l'**ordonnance** en vue de la planification d'une naissance l'ordonnance:

Adresse mail: anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de

Numéro de fax : (0345) 213 4429

Adresse postale: KH St. Elisabeth und St. Barbara, Kreisaal, Mauerstr. 5, 06110 Halle

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Adresse: _____
Wohnanschrift

Numéro de téléphone: _____ Adresse mail : _____
Telefon E-Mail

Nom de votre gynécologue : _____
Betreuende/r Frauenarzt/in

Préparation à l'accouchement par une sage-femme: non / oui Nom de la sage-femme : _____
Hebammenvorbereitung Name Hebamme

Suivi de l'accouchement par une sage-femme non / oui Nom de la sage-femme : _____
Hebammennachsorge Name Hebamme

Avez-vous déjà un pédiatre ? non / oui Nom du pédiatre : _____
Haben Sie schon einen Kinderarzt? Name Kinderarzt

Date prévue de l'accouchement d'après le carnet de maternité: _____
Entbindungstermin

**** N'oubliez pas de nous transmettre le carnet de naissance („Mutterpass“) ****

Fiche de renseignement– Demande d’inscription en vue d’un accouchement à l’hôpital St. Elisabeth et St. Barbara Halle

Version 16.03.2020

Nous devons malheureusement vous poser quelques questions sur le risque d'infection par le Coronavirus Covid-19. Il va de soi que nous serons heureux de vous apporter les meilleurs soins dans notre clinique, indépendamment d'une infection avérée ou soupçonnée par le Covid 19. L'évaluation des risques sert uniquement à garantir que vous-même, votre enfant, les autres femmes enceintes et le personnel puissent procéder de la manière la plus sûre possible.

- A-t-on diagnostiqué chez vous une infection au coronavirus? non / oui
 Ist oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?
- Avez-vous eu de la fièvre, des troubles respiratoires ou de la toux au cours des 4 dernières semaines? non / oui
 Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber, Atemnot oder Husten?
- Avez-vous séjourné dans une zone à risque au cours des 14 derniers jours? non / oui
 Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?
- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une infection avérée au cours des 14 derniers jours? non / oui
 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Infekt?

**Informations sur les grossesses antérieures
 Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften**

Nombre de naissances antérieures
 Anzahl zurückliegender Geburten:

Nombre de fausses couches / d’avortements / de grossesses extra-uterin
 Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Nombre des fausses couches après la 20e semaine de grossesse (si oui, indiquez en le nombre)
 Fehlgeburten nach der 20. Schwangerschaftswoche? Wenn ja, nähere Angaben:

Informations sur les grossesses / naissances / couches antérieures						
Année Jahr	Accouchement prématuré (<37 semaines ?) Si oui, à quelle semaine? Frühgeburten	Accouchement • normal • césarienne • ventouses forceps Geburtsmodus	Blessures à la naissance ? Geburtsverletzungen	Poids à la naissance Geburtsgewicht	Problèmes pendant la grossesse ? • l'accouchement ? • les couches ? Probleme in der Schwangerschaft/im Wochenbett?	L'enfant est-il en bonne santé ? Si non, donnez des informations complémentaires Ist das Kind gesund?

Informations complémentaires que vous jugez importantes concernant les grossesses antérieures: (Si l'espace est insuffisant, créez une pièce jointe)
 Weitere Angaben

Fiche de renseignement– Demande d’inscription en vue d’un accouchement à l’hôpital St. Elisabeth et St. Barbara Halle

Version 16.03.2020

Informations sur vos antécédents médicaux

Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

1. Avez-vous des allergies connues? Sind Allergien bekannt? non / oui
Si oui, lesquelles: _____
2. Avez-vous déjà eu une thrombose ? Hatten Sie einmal eine Thrombose? non / oui
Si oui, indiquez des informations complémentaires _____
3. Avez-vous une propension accrue aux saignements ? Est-ce que l'un de vos proches a une tendance accrue aux saignements (non causés par les médicaments) non / oui
Si oui, indiquez des informations complémentaires Besteht eine verstärkte Blutungsneigung ? _____
4. Avez-vous des antécédents médicaux connus ? Haben Sie Vorerkrankungen? non / oui
Si oui, indiquez des informations complémentaires _____
5. Avez-vous déjà subi une opération? Voroperationen? non / oui
Si oui, indiquez des informations complémentaires _____
6. Prenez-vous actuellement des médicaments ? Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? non / oui
Si oui, indiquez des informations complémentaires (ne mentionnez pas ici vitamines, d'acide folique, iode ou autres médicaments prescrits normalement au cours d'une grossesse) _____

Informations sur la grossesse en cours

7. Diagnostic prénatal : des examens prénataux spéciaux ont-ils été effectués en plus du dépistage normal?

Pränataldiagnostik: Erfolgt über die normale Vorsorge hinaus spezielle vorgeburtliche Untersuchungen?

- Dépistage au premier trimestre (Ersttrimesterscreening)
 - Echographie pour exclure des malformations (Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss)
 - Prélèvement de villosités choriales/ Punction du liquide amniotique (Fruchtwasserpunktion / Chorionzotendiagnostik)
 - Test prénatal non invasif (échantillon de sang de la mère pour le diagnostic chromosomique de l'enfant, par exemple test de Fetalis, test de Harmony, test de véracité) (Nichtinvasiver Pränataltest)
8. Des particularités ont-elles été constatées lors des examens échographiques effectués jusqu'à présent? non / oui
Gab oder gibt es Besonderheiten bei bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen?

Fiche de renseignement– Demande d’inscription en vue d’un accouchement à l’hôpital St. Elisabeth et St. Barbara Halle

Version 16.03.2020

9. Risque de la grossesse:

Schwangerschaftsrisiken

- Grossesses multiple (Mehrlingsschwangerschaft)
- Hypertension due à la grossesse (prééclampsie) (Schwangerschafts-Bluthochdruck/ Präeklampsie)
- Diabetes gestationel: (Schwangerschaftsdiabetes)
 - ➔ si oui sans insuline insuline nécessaire (veuillez transmettre les valeurs de sucre dans le sang)
ohne Insulin mit Insulin
- Problème de croissance de l’enfant (enfant trop petit) (Minderwachstum des Kindes)
- L'enfant n'est pas encore en position céphalique (voir les informations sur la présentation du siège sur notre site internet)
Das Kind liegt bisher nicht in Schädellage (siehe auch Information Beckenendlage auf unserer Homepage)
- Autres problèmes / risques: (Andere Probleme / Risiken)

10. Avez-vous des souhaits particuliers pour l’accouchement à venir ?

Gibt es spezielle Wünsche zu Ihrer bevorstehenden Entbindung?

Date

Signature de la femme enceinte
(ou la/le titulaire)

Datum

Unterschrift der Patientin (des Sorgeberechtigten)

**A REMPLIR PAR LE PERSONNEL
DE LA CLINIQUE
WIRD VOM PERSONAL AUSGEFÜLLT**

Eingang Datum / HZ: _____

SSW aktuell: _____

Akte angelegt: Ja

Vorstellung notwendig: Nein / Ja

Grund: _____

Patn. informiert / HZ: Ja / _____ Wann? /

Wie?: _____

Termin Vorstellung: