



Suivi de grossesse avec un MÉDECIN

Pour vous inscrire à un suivi de grossesse avec un **médecin**, nous vous invitons à remplir ce formulaire.

Une fois complété, le formulaire doit être envoyé par courriel à :

suivigrossesse.accouchement.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca

Une fois que vous aurez transmis toute l'information demandée par courriel, l'agente du Guichet unique de périnatalité communiquera avec vous dans un délai de **48-72 heures, dans les jours ouvrables**.

Pour toutes questions, veuillez communiquer avec l'agente du Guichet unique de périnatalité au **514-521-4108**.

Informations générales

Nom de famille :	Prénom :
Votre date de naissance :	
Adresse courriel :	
Numéro d'assurance maladie :	
Expiration année :	Expiration mois :
Nom et prénom de votre mère :	Nom et prénom de l'autre parent :

Coordonnées

Adresse complète :	Code postal :
Téléphone principal :	Téléphone cellulaire :

Informations sur votre grossesse

Date du premier jour des dernières menstruations :	Date probable d'accouchement :
Nombre de grossesse (s) antérieure (s) :	Nombre de fausse (s)- couche (s) ou d'avortement (s) :
Nombre d'accouchement (s) vaginaux antérieur (s) :	
Nombre de césarienne (s) antérieure (s) (inscrivez le nombre) :	

Autres informations

Avez-vous déjà été suivie à la Clinique de périnatalité Jeanne-Mance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, avec quel médecin ?
---	-----------------------------