

Vous souhaitez prendre un rendez-vous, merci de joindre ce formulaire rempli intégralement, à l'adresse mail suivante :

rdvgynobs.mlv@ghef.fr

Nous vous répondrons dans les meilleurs délais.

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM MARITAL :

N° DE TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE POSTALE :

N° D'INSCRIPTION A LA MATERNITE :

Êtes-vous adressée par un médecin ? OUI NON

Si OUI, merci de préciser le nom du médecin :

Avez-vous déjà consulté à Jossigny en Gynécologie Obstétrique ? OUI NON

Si OUI, merci de préciser le nom du Gynécologue et Obstétricien :

MOTIF DE CONSULTATION :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} RDV grossesse à l'hôpital | <input type="checkbox"/> Saignements gynécologiques |
| <input type="checkbox"/> Date des dernières règles : | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes |
| <input type="checkbox"/> Date de début de grossesse : | <input type="checkbox"/> Vous êtes sous ESMYA |
| <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement : | <input type="checkbox"/> Suivi Gynécologique classique |
| <input type="checkbox"/> Pathologie(s) liée(s) à la grossesse | <input type="checkbox"/> Colposcopie |
| <input type="checkbox"/> IVG | <input type="checkbox"/> Hystéroscopie Diagnostique |
| <input type="checkbox"/> Suivi en Aide Médicale à la procréation | <input type="checkbox"/> Hystéroscopie Opératoire |
| <input type="checkbox"/> Pathologie mammaire | <input type="checkbox"/> Chirurgie plastie abdominale |
| <input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire | <input type="checkbox"/> Autres |

Pour s'inscrire à la maternité vous pouvez nous contacter également au 01.61.10.62.62 ou vous présentez à l'accueil de l'hôpital (Zone Rose) entre 9h00 et 17h00.

Merci de bien vouloir nous contacter pour prendre un RDV avec une sage-femme ou gynécologue obstétrique en