

## Questionnaire de préadmission **Accouchement**

À remplir par la mère entre quatre et six semaines avant la date prévue d'accouchement.

N° de dossier au CHUS (n° carte d'hôpital) _____		Date prévue d'accouchement ____ / ____ / ____ Année Mois Jour	
Votre nom _____	Votre prénom _____	Votre date de naissance ____ / ____ / ____ Année Mois Jour	
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée (et vivant avec conjoint) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Séparée ou divorcée			
Nom du conjoint _____		Prénom du conjoint _____	
Nom de jeune fille de votre mère _____	Prénom de votre mère _____	Nom de votre père _____	Prénom de votre père _____
N° de carte d'assurance maladie du Québec _____		Date d'expiration ____ / ____ Mois Jour	
Votre adresse _____ N° civique Rue Ville Province Code postal			
N° de téléphone _____ (Ind.rég) xxx - xxxx		Votre n° de cellulaire ou de téléavertisseur (pagette) _____ (Ind.rég) xxx - xxxx	
Votre lieu de naissance _____		Désirez-vous rester anonyme durant l'hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, votre numéro de chambre ne sera pas divulgué.	
Nationalité canadienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si non, quelle est-elle : _____		Si vous êtes née ailleurs qu'au Canada, depuis combien d'années êtes-vous ici : _____ ans	
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre _____			
En cas d'urgence, avertir _____ Nom Prénom		N° de téléphone _____ (Ind.rég) xxx - xxxx	Lien de parenté _____

### Autres renseignements (s'il y a lieu)

Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiante <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein		Votre occupation _____	
Employeur (nom d'entreprise) _____		No de téléphone de l'employeur _____ (Ind.rég) xxx - xxxx	
Adresse de l'employeur _____ No civique Rue Ville Province Code postal			
Nom de votre pharmacie _____		Adresse _____ Rue Ville	
No de téléphone de votre pharmacie _____ (Ind.rég) xxx - xxxx			

Avez-vous un médecin de famille? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel est son nom et prénom : _____
---	---

Adresse de sa clinique _____				
N° civique	Rue	Ville	Province	Code postal

### Autorisation pour réclamation à votre compagnie d'assurance - Frais de chambre

La plupart des chambres de l'unité de maternité sont privées. Toutefois, si vos assurances couvrent les frais de chambre privée ou semi-privée, nous vous demandons de remplir cette section afin que nous puissions réclamer ces frais à votre compagnie d'assurance. Merci.

#### Si vous êtes titulaire d'une police d'assurance

Type de chambre couvert par vos assurances <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Semi-privée	Nom de la compagnie d'assurance _____
N° de certificat ou de participant ou d'identité _____	N° de police ou de contrat ou de groupe _____

#### Si votre conjoint est titulaire d'une police d'assurance pouvant aussi couvrir les frais

Type de chambre couvert par vos assurances <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Semi-privée	Nom de la compagnie d'assurance _____
Nom de l'employeur de votre conjoint (entreprise) _____	
N° de certificat ou de participant ou d'identité _____	N° de police ou de contrat ou de groupe _____

Signature originale de l'utilisateur (ou représentant) _____ [Copie papier]	Lien de parenté avec l'utilisateur si représentant _____
Signature de l'utilisateur (ou représentant) Je, _____, confirme avoir lu et accepté que le CHUS facture mon assureur. « Inscrire votre nom » [Formulaire web]	

**Note : vous pouvez retourner le questionnaire de préadmission non signé par courriel. Dans ce cas, il sera à signer lors de l'admission.**

#### Réservé à l'usage du service d'accueil et d'admission

Initiales - service d'accueil et admission _____	Date _____/_____/_____ Année    Mois    Jour
---	--

### À retourner

- Par courriel à [serviceadmission.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:serviceadmission.chus@ssss.gouv.qc.ca)
- Par la poste à :  
CHUS - Hôpital Fleurimont  
Accueil et admission  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke, J1H 5N4
- Si vous venez déjà pour un rendez-vous au CHUS, vous pouvez aussi remettre ce questionnaire au service d'accueil et d'admission situé près de l'entrée principale, à la pièce 2623.