

Votre médecin traitant :		Date prévue d'accouchement _____/_____/_____		
Nº d'assurance maladie du Québec (RAMQ) :		Date d'expiration (obligatoire) : _____/_____/_____		
Votre nom :	Votre prénom :	Votre date de naissance _____/_____/_____	Votre lieu de naissance :	
Nom du partenaire/conjoint(e) :		Prénom du partenaire/conjoint(e) :		
Nom de votre parent 1 :	Prénom de votre parent 1 :	Nom de votre parent 2 :	Nom de votre parent 2 :	
Votre Adresse : _____ _____			Nº de téléphone : (____) ____ - ____	
Nº civique _____	rue _____	ville _____	Province _____	Code postal _____
En cas d'urgence avertir :		Nº de téléphone :	Lien avec cette personne :	

CHOIX DE CHAMBRE

<input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> Semi-privée	<input type="checkbox"/> Salle (Sans frais)	
Titulaire de la police d'assurance :			
<input type="checkbox"/> vous	<input type="checkbox"/> partenaire/conjoint(e) _____		
Nom de l'employeur du <u>titulaire</u> de la police			
Nom de la compagnie d'assurance :	N° de certificat :	N° de contrat :	N° de groupie :

RENSEIGNEMENTS POUR LE BULLETIN DE NAISSANCE DE L'ENFANT

Nom du deuxième parent de l'enfant :	Prénom du deuxième parent de l'enfant :	Lieu de naissance du deuxième parent (province ou pays) :	
Date de naissance du deuxième parent :	Langue maternelle du deuxième parent de l'enfant :		
Langue maternelle de la mère :	Langue d'usager à la maison :		
État Matrimonial (Obligatoire) : <input type="checkbox"/> Célibataire (jamais mariée) <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Mariée et vivant avec son conjoint <input type="checkbox"/> Séparée légalement <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> séparée sans séparation légale		Situation de couple (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Vivant en situation de couple <input type="checkbox"/> Ne vivant pas en situation de couple	Dernier niveau de scolarité réussi par la mère : <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégiale <input type="checkbox"/> Universitaire
Date du dernier mariage (S'il y a lieu) : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Année Mois jour		Nombre(s) d'année(s) de scolarité : <u> </u>	
Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse) : Nés vivants : <u> </u> Mort-nés (500 grammes et plus) : <u> </u>			Date de la dernière naissance vivantes :

Retourner à l'Admission par télécopieur au : 418-654-2781 (CHUL) ou 418-525-4349 (Hôpital Saint-François d'Assise)

CHUL

2705, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 4G2

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5