

DECLARATION DE GROSSESSE

FEUILLE D'EXAMEN MEDICAL PRENATAL

Cet examen doit être effectué avant la fin du 3^{ème} mois de la grossesse

Cette feuille doit être remplie et signée obligatoirement par l'assuré(e) sous sa responsabilité et adressée au **S.P.M.E.** dans les plus brefs délais, après que les examens auront été effectués, afin d'obtenir un carnet de maternité qui sera attribué sous réserve que le droit aux prestations maternité soit ouvert.

L'ASSURE(E)

Numéro d'immatriculation : _____
Nom (1), Prénom : _____ **Nom d'usage :** _____
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| , à _____
Adresse : _____

(1) nom de jeune fille pour les dames

LA FUTURE MERE – LE FUTUR PERE

L'assurée est la future mère ▶ les informations ci-après concernent le futur père
 La future mère est l'épouse ou sa fille ▶ les informations ci-après concernent la future mère

Numéro d'immatriculation : _____ **Caisse d'assurance maladie :** _____
Nom (1), Prénom : _____ **Nom d'usage :** _____
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| , à _____
Adresse : _____

(1) nom de jeune fille pour les dames

Nombre d'enfant(s) auquel(s) la future mère a déjà donné naissance ou à la charge du ménage |_|_|

L'assuré(e) certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) :

Monaco, le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

RESERVE AUX PRATICIENS

Le médecin signataire atteste que Madame _____ a suivi ce jour la consultation médicale générale et obstétricale et que les examens nécessaires ont été prescrits.

Dates des actes	Actes	Honoraires	Signature	Cachet - Nom - Adresse
-----------------	-------	------------	-----------	------------------------

EXAMEN MEDICAL GENERAL ET OBSTETRICAL

Date présumée du début de la grossesse : _ _ _ _ _ _ _ _		Nombre d'enfant(s) à naître : _ _		

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE

--	--	--	--	--

EXAMEN DE LABORATOIRE

--	--	--	--	--