

North Bay Regional Health Centre
50 College Drive, North Bay Ontario, P1B 0A4

Women & Children's Care Centre
Obstetrical Preadmission Form

Your doctor, midwife or nurse practitioner has provided you with this package of hospital registration forms. Please complete the white form within 24 hours of receiving it and mail it in the attached envelope (one postage stamp is required). If you prefer, you may bring the completed form in person to the Women & Children's Care Centre registration desk, Level 3, North Bay Regional Health Centre, 50 College Drive, North Bay, Ontario.

If you have any questions about the attached forms, please call the registration desk at 705-474-8600 ext. 4755.

Antenatal Preadmission Clinic Appointment

Your Antenatal Preadmission Clinic appointment will be scheduled at about 28 weeks of pregnancy. At this clinic, you will meet with a Registered Nurse. She will ask you some questions to help plan your care. You will learn about services that might be helpful during pregnancy and after your baby is born. Your doctor, midwife or nurse practitioner has likely made this appointment for you but you may also book your own appointment by calling the Women & Children's Care Centre registration desk at 705-474-8600 ext. 4755.

The date and time of your appointment is: _____ at _____

Come 15 minutes, before your appointment time to register. The registration desk is located on Level 3 in the Women & Children's Care Centre.

Please bring the following items with you to your appointment:

- Any medications you take, in their original containers, including vitamins and herbal supplements.
- A copy of your Antenatal Record #1 and #2. If you do not have these, ask your doctor, midwife or nurse practitioner for a copy.

If you are unable to keep your appointment, please call 705-474-8600 ext. 4755.

Centre régional de santé de North Bay
50, promenade College, North Bay (Ontario) P1 B 0A4

Centre de soins aux femmes et aux enfants
Préadmission en obstétrique

Votre médecin, sage-femme ou infirmière praticienne vous a donné la présente trousse de formulaires d'inscription pour l'hôpital. Veuillez remplir le formulaire blanc dans les 24 heures après l'avoir reçu et l'envoyer par la poste dans l'enveloppe-réponse ci-incluse (nécessitant un timbre). Si vous préférez, vous pouvez l'apporter vous-même au bureau d'inscription du Centre de soins aux femmes et aux enfants, niveau 3, au Centre régional de santé de North Bay, situé au 50, promenade College, North Bay, Ontario.

Si vous avez des questions au sujet des formulaires, appelez le bureau d'inscription au
705 474-8600, poste 4755.

Rendez-vous à la Clinique de préadmission prénatale

Votre rendez-vous à la Clinique de préadmission prénatale aura lieu vers la 28^e semaine de votre grossesse. À cette clinique, vous vous entretenez avec une infirmière autorisée, qui vous posera des questions pour faciliter la planification de vos soins. Vous en apprendrez sur les services qui pourraient vous être utiles pendant votre grossesse et après que vous aurez accouché. Il est probable que votre médecin, sage-femme ou infirmière praticienne ait fixé votre rendez-vous à la clinique, mais vous pouvez aussi le faire vous-même en appelant le bureau d'inscription du Centre de soins aux femmes et aux enfants au 705 474-8600, poste 4755.

Votre rendez-vous est le _____ à _____.

Présentez-vous 15 minutes avant votre rendez-vous afin d'avoir le temps de vous inscrire. Le bureau d'inscription du Centre de soins aux femmes et aux enfants est situé au niveau 3.

Apportez ce qui suit à votre rendez-vous

- Tous les médicaments que vous prenez, dans leur contenant d'origine, y compris les vitamines et les suppléments à base de plantes.
- Une copie de vos dossiers prénatals 1 et 2. Si vous ne les avez pas, demandez à votre médecin, sage-femme ou infirmière praticienne de vous en fournir une copie.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, appelez le 474-8600, poste 4755.

North Bay Regional Health Centre

50 College Drive, North Bay, Ontario P1B 0A4

Obstetrical Pre-admission Form

Please complete and return this form within 24 hours after receiving it. If you have any questions about this form, please call (705) 474-8600 ext 4755.

Last Name _____
 First Name _____
 Middle Name _____
 Maiden Name _____
 Your Mother's First Name _____

Date of Birth		Day		Month		Year		Age		Sex		Single		Married		Widow		Divorced		Separated		Common Law	
Expected Date of Delivery		Attending Physician / Midwife						Family Physician															
Home Address (Street Number OR RR#)										City / Town				Province		Postal Code							
Telephone Numbers																							
Home ()						Work ()						Other ()											
Ontario Health Card Number										Version Code		Out of Province Health Number											
Do you have any allergies / medical alerts?																							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Identify: _____																							
Religion						Name of Church / Parish						Language of Choice											
Do you have a living will / advanced directive?												Do you have organ donation plans?											
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Identify: _____												<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Identify: _____											
Legal Next of Kin Name										Relationship to yourself													
										<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other													
Address										Phone Number													
										Home () Work ()													
Person to notify for emergency Name										Relationship to yourself													
										<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Other													
Address										Phone Number													
										Home () Work ()													
Type of coverage requested upon admission:																							
<input type="checkbox"/> Semi Private <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Ward																							
Note: You will be responsible for semi or private room charges if your insurance does not cover this accommodation request. Self pay patients are required to pay a deposit																							
Additional Insurance: If you have semi or private coverage, please complete the following. Note insurance card should be shown on admission.																							
Name of Insurance Company																							
Policy Number:										Whose name is the insurance in (called insurance holder?)													
										Insurance Holder's Date of Birth:													
										Day Month Year													
										<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Common Law <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other													
Group Number:										Name of Employer of Insurance Holder:													
Certificate Number:										Relationship to Yourself:													
Print First and Last name of person responsible for payment of charges not paid by insurance Name										Phone Numbers:													
										Home () Work ()													
Address																							

Please return this form within 24 hours after receiving it in the attached envelope or bring it to the Women and Children's registration desk, Level 3.

Centre régional de North Bay
50 promenade College, North Bay (Ontario) P1B 0A4

Formule de pré-admission en obstétrique

Veillez remplir et retourner cette formule dans les 24 heures après l'avoir reçue. Si vous avez des questions, quant à cette formule, veuillez téléphoner au 705 474-8600 poste 4755.

Nom de famille _____
Prénom _____
Deuxième nom _____
Nom de jeune fille _____
Prénom de votre mère _____

Date de naissance		Age		Sexe	Célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée	État Civil		
Jour <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Mois <input type="text"/> <input type="text"/>		Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Date présumée de l'accouchement				Médecin traitant / Safe-femme				Médecin de famille			
Adresse à domicile (rue ou route rurale)						Ville		Province		Code Postal	
N0 de téléphone											
Domicile ()				Travail ()				Autre ()			
No. de carte de santé						No. d'assurance-santé de l'extérieur de la province					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Version						Avez-vous des allergies ou des problèmes médicaux?					
<input type="text"/> <input type="text"/>						<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez _____					
Religion				Nom de l'église / de la paroisse				Langue de votre choix			
Avez-vous un testament biologique ou des directives préalables?						Avez-vous pris des dispositions pour le don d'organes?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez _____						<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez _____					
Plus proche parent						Lien avec la patiente					
Nom						<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> Autre					
Adresse						Numéro de téléphone					
						Domicile () Travail ()					
Contact en cas d'urgence						Lien avec la patiente					
Nom						<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> ami (e) <input type="checkbox"/> Autre					
Adresse						Numéro de téléphone					
						Domicile () Travail ()					
Genre de chambre demandé:											
<input type="checkbox"/> Deux lits <input type="checkbox"/> Un lit <input type="checkbox"/> Quatre lits											
<p align="center">Note: Si votre police d'assurance ne couvre pas la demande d'une chambre à un ou à deux lits, vous devrez payer les frais imposés.</p> <p align="center">Les patientes qui n'ont pas de police d'assurance doivent faire un versement.</p>											
<p align="center">Assurance supplémentaires: Veillez remplir la partie suivante si votre police d'assurance couvre une chambre à un ou à deux lits. Les cartes d'assurance doivent être présentées au moment de l'admission.</p>											
Nom de l'organisme assureur											
No. de police:						Nom de l'assuré (personne désigné dans le contrat?)					
						Date de Naissance de l'assuré:					
						Jour <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
						Mois <input type="text"/> <input type="text"/>					
						An <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
No. de groupe:						Lien avec l'assuré					
						<input type="checkbox"/> Époux <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre					
No. de certificat:						Nom de l'employeur de l'assuré:					
Écrivez en caractères d'imprimerie le prénom et le nom de famille de la personne responsable du paiement des frais qui ne sont pas couverts par une assurance.						Lien avec la patiente					
Nom											
Adresse						No de téléphone					
						Domicile () Travail ()					

Veillez retourner cette formule dans les 24 heures après l'avoir reçue. Envoyez-la par la poste dans l'enveloppe ci-jointe ou apportez-la au bureau d'inscription du Centre de soins aux femmes et aux enfants, Niveau 3, situé au 50, promenade College.