

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

Entourage familial et social : oui non

Intervention d'un TISF : oui non

Evolution psychologique (baby-blues, relations mère-enfant,...) :

.....

.....

Difficultés particulières :

.....

.....

RELAIS

	Mère	Nouveau-né
Noms et fonctions des professionnels		
Motifs		
Dates des prochains RDV		

Date : / /

Signature du professionnel de santé ayant accompagné le retour à la maison:

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____ »

Nous remercions la Haute Autorité de Santé et la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant de nous avoir autorisés à reproduire ces annexes. Le texte intégral est consultable sur le site www.has-sante.fr rubrique *Évaluation & Recommandation* et sur le site [www.sante.gouv.fr \(http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf\)](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf)