

BILAN PRÉNATAL :

☐ Individuel ☐ En couple

Fait le / / par

AG : SA

NOM : Prénom : DN : / / Age :

Adresse :

..... ☐ logement stable

☎ : 0262..... 📱 :

PREVENTION :

- ① Tabac : ☐ Non ☐ Arrêt le ____/____/____ ☐ Oui (____ cig/jour)
- ① Alcool : ☐ Non ☐ Oui
- ① Toxiques : ☐ Non ☐ Oui
- ① Violences physiques : ☐ Non ☐ Oui
- ① Violences morales : ☐ Non ☐ Oui
- ① Violences sexuelles : ☐ Non ☐ Oui
- ① Bilan bucco-dentaire prévu : ☐ Non ☐ Oui
- ① Info hygiène de vie : ☐ Non ☐ Oui
- ① Vaccination à jour : ☐ Non ☐ Oui
- ① Info vaccin anti coquelucheux pdt la grossesse : ☐ Non ☐ Oui
- ① Info vaccin anti grippal pdt la grossesse : ☐ Non ☐ Oui
- ① Autres :

ORGANISATION SUIVI :

- ① Information suivi prénatal
- ① EPP et PNP
- ① Retour à domicile après la naissance, modalités présentées.

SORTIE MATERNITE :

Retour à domicile

- ☐ Standard
- ☐ Précoce
- selon critères éligibilité*

SOUTIEN(s) PROPOSE(s) :

Nom/téléphone

- ☐ PMI :
- ☐ AS :
- ☐ Addictologue :
- ☐ Médecin du travail :
- ☐ Psychologue :
- ☐ Diététicien :
- ☐ Dentiste :
- ☐ Autre(s) :

- ☐ La SFL réalisant ce bilan prénatal prendra en charge les visites de sortie de maternité (précoce ou standard) *dans la mesure de ses disponibilités au moment du retour à domicile du couple mère/enfant.*

Commentaires :