

NOM : Date de naissance :

Prénom : Age :

DG : TP : G : P :

Adresse :

.....

☎ : 0262 ☎ : 06

Profession : Couverture médicale :

BILAN PRÉNATAL :		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En couple
Fait le / / par		AG : SA
<p>PREVENTION :</p> <p>① Vaccination à jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Tabac : <input type="checkbox"/> Non (<input type="checkbox"/> Arrêt le ___/___/___) <input type="checkbox"/> Oui (___ cig/jour)</p> <p>① Alcool : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Toxiques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Violences physiques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Violences morales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Violences sexuelles : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Bilan bucco-dentaire prévu : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Info hygiène de vie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>① Autres :</p>		<p>ORGANISATION SUIVI :</p> <p>① information suivi prénatal</p> <p>① EPP et PNP</p> <p>① retour à domicile après l'acq, modalités présentées.</p>
<p>SOUTIEN(s) PROPOSE(s) : <i>Nom/téléphone</i></p> <p><input type="checkbox"/> PMI :</p> <p><input type="checkbox"/> AS :</p> <p><input type="checkbox"/> Addictologue :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin du travail :</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue :</p> <p><input type="checkbox"/> Diététicien :</p> <p><input type="checkbox"/> Dentiste :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) :</p>		<p>SORTIE MATERNITE : <i>Retour à domicile</i></p> <p><input type="checkbox"/> standard</p> <p><input type="checkbox"/> précoce</p> <p><i>selon critères éligibilité</i></p>
<p><input type="checkbox"/> 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.</p>		
<p>Commentaires :</p>		

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE :		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En couple AG : SA	
Fait le / / par			
Professionnel qui suit la grossesse : Médecin de famille : Autres professionnels ressources déjà connus :		<input type="checkbox"/> Déclaration de grossesse faite <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse précoce et régulier	
Santé globale		Environnement social et familial	
<input type="checkbox"/> Hygiène de vie : <i>Conseils hygiéno-diététiques, activité corporelle, traitements, conduites addictives, sommeil,...</i>		<input type="checkbox"/> Conditions de vie : <i>Logement, moyen de transport, isolement, précarité,...</i>	
<input type="checkbox"/> ATCD méd/chir/gyn-obst marquants :		<input type="checkbox"/> Ressources : Profession : Couverture médicale :	
<input type="checkbox"/> Évènements marquants : <i>pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, violences morales/physiques/sexuelles,...</i>		<input type="checkbox"/> Entourage familial/amical :	
Futur Père :			
Projet de naissance et attentes personnelles		Ressentis	
<input type="checkbox"/> Connaissances des maternités : <i>choix de la maternité, suivi post-natal,...</i>		<input type="checkbox"/> Conditions de vie : <i>accueil de l'enfant, ressources,...</i>	
<input type="checkbox"/> Projet de parentalité : <i>PNP, accouchement, allaitement, mode de garde, reprise du travail,...</i>		<input type="checkbox"/> Autour de la naissance : <i>préoccupations par rapport à la grossesse, l'accouchement, l'arrivée du bébé, le retour à la maison, concept des 1000 jours,....</i>	
		<input type="checkbox"/> Moral ? inquiétudes ? croyances familiales ?....	

Synthèse de l'entretien prénatal :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Préparation à la naissance et à la parentalité :

Programmée/prévue :

Méthodes envisagées, attentes du/des futurs(s) parent(s):

.....

.....

.....

.....

.....

Soutien(s) proposé(s) :

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

Informations données :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le remplissage de cette fiche et la transmission de la synthèse se font avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.

Fait le par (Cachet professionnel).....