

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE :		☐ Individuel ☐ En couple	
Fait le / / par		AG : SA	
NOM : Prénom : DN : / / Age :			
Adresse : ☐ logement stable			
☎ : 0262 📱 :			
DG :		TP :	
G :		P :	
Professionnel qui suit la grossesse :		☐ Déclaration de grossesse faite	
Médecin de famille :		☐ Suivi de grossesse précoce et régulier	
Autres professionnels ressources déjà connus :			
Santé globale		Environnement social et familial	
Hygiène de vie : <i>Conseils hygiéno-diététiques, activité corporelle, traitements, conduites addictives, sommeil....</i>		Conditions de vie : <i>Logement, moyen de transport, isolement, précarité, ...</i>	
ATCD méd/chir/gyn-obst marquants :		Ressources : Profession : Couverture médicale :	
Évènements marquants : <i>Pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, violences morales/physiques/sexuelles,...</i>		Entourage familial/amical :	
Futur Père/ Co-parent :			
Projet de naissance et attentes personnelles		Ressentis	
Connaissances des maternités : <i>Choix de la maternité, suivi post-natal,...</i>		Conditions de vie : <i>accueil de l'enfant, ressources,...</i>	
Projet de parentalité : <i>PNP, accouchement, allaitement, mode de garde, reprise du travail...</i>		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>	
		Moral ? inquiétudes ? croyances familiales ?....	

