## **ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE**

Synthèse et transmissions

Document rempli avec la patiente ou le couple

PROFESSIONNEL AYANT RÉALISÉ L'ENTRETIEN ————————————————————————————————————				
Nom :	Fonction :		Tél. :	
Entretien réalisé le :/	Entretien réalisé :	☐ En couple	☐ Individuel	
• INFORMATIONS SUR LA FAMILLE —				
Nom et Prénom mère :			Âge :	
Tél. (ou Email) :				
Grossesse suivie par - Nom :		Fonction :		
Nom et Prénom du Co-parent :				
Adresse:				
Nom et Prénom de(s) l'enfant (s) :				
Né(e)(s) le:/	Maternité :			
Nbre d'enfants au domicile :				
• VÉCU DE LA PATIENTE, DE LA DÉCOUVERTE DE LA GROSSESSE À CE JOUR ————————————————————————————————————				
• VÉCU DU CO-PARENT, DE LA DÉCOU	VERTE DE LA GROSSE	ESSE À CE JOUR -		
• P/				





• VÉCU DU QUOTIDIEN AVE	C LE BÉBÉ ————		
VIE DE COUPLE			
• ENTOURAGE ET SOUTIEN			
• PROFESSIONNELS RESSO	OURCES DE LA FAMILLE		
Nom :	Fonction :	Tél :	
PROPOSITIONS ET ORIENTATIONS ÉVENTUELLES			



