

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 DÉCOUVERTE DE LA GROSSESSE À CE JOUR

• **VÉCU DU QUOTIDIEN AVEC LE BÉBÉ** _____

• **VIE DE COUPLE** _____

• **ENTOURAGE ET SOUTIEN** _____

• **PROFESSIONNELS RESSOURCES DE LA FAMILLE** _____

Nom :

Fonction :

Tél :

• **PROPOSITIONS ET ORIENTATIONS ÉVENTUELLES** _____