

TRANSMISSIONS POUR LA MATERNITÉ

• INFORMATIONS FEMME ENCEINTE / CO-PARENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Âge :

SA (lors de l'entretien) : SA

Adresse :

Tél :

- INFORMATIONS CO-PARENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Tél. mobile :

• CONTEXTE DE LA GROSSESSE

• RESSOURCES ET SOUTIENS AMICAUX ET FAMILIAUX

• RÉSEAU PERSONNEL DE PROFESSIONNELS

Professionnels de santé	Nom	N° de téléphone

TYPE DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ :

CONSULTATION PÉDIATRIQUE ANTÉ NATALE :

● **PROJETS POUR LA SORTIE**

SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT :

SUIVI DE LA MÈRE :

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL PRÉVU AU RETOUR À DOMICILE :

● **PROFESSIONNEL AYANT RÉALISÉ L'ENTRETIEN**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Date :

Document rempli et transmis avec l'accord des parents (1 exemplaire pour la patiente et 1 exemplaire pour le praticien)