

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 :

Tél :

• 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)