

NOM : Date de naissance :
 Prénom : Age :
 DG : TP : G P
 Adresse :

 ☎ : 0262..... 📞 : 0692.....
 Profession : Couverture médicale :

BILAN PRENATAL :		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En couple
Fait le / / par		AG : SA
PREVENTION : ⓘ vaccination à jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Tabac : <input type="checkbox"/> Non (<input type="checkbox"/> Arrêt le ___/___/___) <input type="checkbox"/> Oui (___ cig/jour) ⓘ Alcool : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Toxiques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Violences physiques: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Violences morales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Bilan bucco-dentaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Hygiène de vie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⓘ Autres :	ORGANISATION SUIVI : ⓘ information suivi prénatal ⓘ EA et PNP ⓘ retour à domicile après l'acct	
	SUIVI PRADO : <i>Programme de retour à domicile</i> <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> précoce <i>selon critères éligibilité</i>	
ⓘ SOUTIEN(s) PROPOSE(s) : <i>Nom/téléphone</i> <input type="checkbox"/> PMI : <input type="checkbox"/> AS : <input type="checkbox"/> Addictologue : <input type="checkbox"/> Médecin du travail : <input type="checkbox"/> Psychologue : <input type="checkbox"/> Diététicien : <input type="checkbox"/> Dentiste : <input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> la SFL réalisant ce bilan prénatal prendra en charge les visites de sortie de maternité (précoce ou standard) dans la mesure de ses disponibilités au moment du retour à domicile du couple mère/enfant.	