

<b>ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE :</b>		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En couple	
Fait le     /     /     par .....		AG :     SA	
NOM : ..... Prénom : ..... DN :   /   /     Age : ..... Adresse : ..... ..... <input type="checkbox"/> logement stable ☎ : 0262 .....     📞 : 06 .....			
<b>DG :</b>		<b>TP :</b>	
Professionnel qui suit la grossesse : .....		<input type="checkbox"/> Déclaration de grossesse faite	
Médecin de famille : .....		<input type="checkbox"/> Suivi de grossesse précoce et régulier	
Autres professionnels ressources déjà connus : .....			
<b>Santé globale</b> <input type="checkbox"/> Hygiène de vie : <i>Conseils hygiéno-diététiques, activité corporelle, traitements, conduites addictives, sommeil...</i>  <input type="checkbox"/> ATCD méd/chir/gyn-obst marquants :  <input type="checkbox"/> Évènements marquants : <i>pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, violences morales/physiques/sexuelles,...</i>		<b>Environnement social et familial</b> <input type="checkbox"/> Conditions de vie : <i>Logement, moyen de transport, isolement, précarité, ...</i>  <input type="checkbox"/> Ressources : Profession : Couverture médicale :  <input type="checkbox"/> Entourage familial/amical :	
<b>Futur Père :</b>			
<b>Projet de naissance et attentes personnelles</b> <input type="checkbox"/> Connaissances des maternités : <i>choix de la maternité, suivi post-natal,...</i>  <input type="checkbox"/> Projet de parentalité : <i>PNP, accouchement, allaitement, mode de garde, reprise du travail...</i>		<b>Ressentis</b> <input type="checkbox"/> Conditions de vie : <i>accueil de l'enfant, ressources,...</i>  <input type="checkbox"/> Autour de la naissance : <i>Préoccupations par rapport à la grossesse, l'accouchement, l'arrivée du bébé, le retour à la maison, concept des 1000 jours....</i>  <input type="checkbox"/> Moral ? inquiétudes ? croyances familiales ?...	

