

ENTRETIEN PRÉNATAL :		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En couple
Fait le / / par		AG : SA
NOM :		Date de naissance :
Prénom :		Age :
DG :	TP :	G P
Adresse :		
.....		
☎ : 0262..... 📱 : 069.....		
Professionnel qui suit la grossesse : Médecin de famille : Autres professionnels ressources déjà connus :		
Santé globale <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"/> Evènements marquants : <i>pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, violences morales/physiques/sexuelles,....</i>		Environnement social et familial <input type="checkbox"/> Conditions de vie : <i>Logement, isolement, éloignement, précarité, ...</i> <input type="checkbox"/> Place du conjoint <input type="checkbox"/> Entourage familial/amical
Projet de naissance et attentes personnelles <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>		Ressentis <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,</i> <input type="checkbox"/> Moral ? inquiétudes ? croyances familiales ?....

