Mme née le

Repère RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

NOM : …… Date de naissance :

Prénom : …….. Age :

DG : TP : G P

Adresse : ……

……..

☏ : 0262…… 📱 : 069……

Profession :……Couverture médicale : ……

BILAN PRÉNATAL :

Fait le / / par …….....

☐ Individuel ☐ En couple

AG : SA

PRÉVENTION :

ⓘ Vaccination à jour : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Tabac : ❑ Non (❑ Arrêt le ___/___/___)

❑ Oui (___ cig/jour)

ⓘAlcool : ❑ Non ❑ Oui

ⓘToxiques : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Violences physiques: ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Violences morales : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Violences sexuelles : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Bilan bucco-dentaire : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Hygiène de vie : ❑ Non ❑ Oui

ⓘ Autres :

ORGANISATION SUIVI :

ⓘ information suivi prénatal
ⓘ EA et PNP
ⓘ retour à domicile après l'acct, modalités PRADO présentées.

SORTIE MATERNITÉ :
Retour à domicile
❑ standard
❑ précoce
selon critères éligibilité

ⓘ SOUTIEN(s) PROPOSÉ(s) :
Nom/téléphone

❑ PMI :
❑ AS :
❑ Addictologue :
❑ Médecin du travail :
❑ Psychologue :
❑ Diététicien :
❑ Dentiste :
❑ Autre(s) :

❑ 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.*

Mme née le

ENTRETIEN PRÉNATAL : Fait le / / par …….....	☐ Individuel ☐ En couple AG : SA
Professionnel qui suit la grossesse : Médecin de famille : Autres professionnels ressources déjà connus :	

Santé globale	**Environnement social et familial**
❑ Hygiène de vie : *Conseils hygiéno-diététiques, activité corporelle, traitements, conduites addictives, sommeil,….*	❑ Conditions de vie : *Logement, isolement, éloignement, précarité,…*
❑ ATCD méd/chir/gyn-obst marquants	❑ Place du conjoint
❑ Evènements marquants : *pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte*	❑ Entourage familial/amical

Projet de naissance et attentes personnelles	**Ressentis**
❑ Connaissances des maternités : *choix de la maternité, suivi post-natal,…*	❑ Conditions de vie : *accueil de l'enfant, ressources,…*
	❑ Autour de la naissance : préoccupations par rapport à la grossesse, l'accouchement, l'arrivée du bébé, le retour à la maison,….
❑ Projet de parentalité : *PNP, accouchement, allaitement, mode de garde, reprise du travail,…*	
	❑ Moral ? inquiétudes ? croyances familiales ?....

Mme née le

Synthèse de l'entretien prénatal :

……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………

Soutien(s) proposé(s) :

❑ PMI : …………………………………………….
❑ AS : ………………………………………………
❑ Addictologue : ……………………………..
❑ Médecin du travail : …………………………
❑ Psychologue : ……………………………...
❑ Diététicien : ……………………………………
❑ Dentiste : ……………………………………
❑ Autre(s) : ……………………………………
……………………………………
……………………………………

Informations données :

……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..
……………………………………………………..

❑Le remplissage de cette fiche et la transmission de la synthèse se font avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.

❑ Fait le ………………par …………………………………… *(cachet professionnel)*