

ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE



Fiche de synthèse et de transmission

Le remplissage de cette fiche se fait avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.

1 exemplaire blanc pour la patiente, 1 vert pour le praticien, 1 bleu anonymisé pour le réseau

NOM Patiente :	A PROPOS DE L'ENTRETIEN propose par:				
PRENOM :	<input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> gynécologue <input type="checkbox"/> médecin généraliste <input type="checkbox"/> autre :				
DATE DE NAISSANCE :	NOM du professionnel qui suit la grossesse :				
Telephone:	Lieu d'accouchement prévu :				
NOM Conjoint :	Connaissance du réseau par la patiente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pendant l'entretien				
ENTRETIEN réalisé le : / /		AG: SA	TP:	Gest:	parite: Age :
<input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> individuel					
Profession du conjoint:		Age:			
Couverture sociale : <input type="checkbox"/> SS + mutuelle <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> NAS					
NOM DU CONSULTANT:					
Profession : <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> médecin		Lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> clinique privée <input type="checkbox"/> cabinet privé <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> à domicile			
ATCD marquants et santé globale			Environnement social et familial		
			Profession patiente: W <input type="checkbox"/> Arrêt W <input type="checkbox"/> Chomage <input type="checkbox"/>		
Projet de naissance et attentes personnelles			Ressentis		
Prepa: oui - non- NSP					
Allaitement: maternel - artificiel- NSP					

Soutien(s) proposé(s)

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> assistante sociale | <input type="checkbox"/> consult. tabac | <input type="checkbox"/> SF libérale |
| <input type="checkbox"/> psychologue | <input type="checkbox"/> diététicienne | <input type="checkbox"/> médecin du travail | <input type="checkbox"/> autre : |