

Lettre d'information à destination de la patiente/du couple en cas de non éligibilité à un Accouchement Accompagné à Domicile (AAD)

Madame, Monsieur,

Au cours de la consultation avec _____ sage-femme(s) vous avez reçu des informations précises sur l'Accouchement à domicile Accompagné.

Il vous a été expliqué de façon compréhensible les raisons pour lesquelles vous n'êtes pas ou plus éligible à un projet d'accouchement à domicile accompagné par cette/ces sage(s)-femme(s) :

Vous avez été clairement informés(e) des autres possibilités qui vous sont offertes pour votre accouchement :

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Nom Patiente : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Signature de la patiente ou du couple

Signature de la /des sages-femmes