

| | | |
|--|--|--|
| Etablissement : _____ Nom du coordonnateur : _____ Personnes présentes : voir émargement Modalité : <input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Visioconférence <input type="checkbox"/> Mixte | <h2 style="margin: 0;">Compte-rendu du staff médico psycho social</h2> | Date de la réunion ____ / ____ / ____ Deh.... àh..... |
|--|--|--|

| PATIENTE NOM/PRENOM | AGE | PARITE | TERME PREVU OU DATE D'ACCOUCHEMENT | PROFESSIONNEL(S) ASSURANT LE SUIVI Nom/prénom/fonction | PERSONNE(S) RESSOURCE DANS LA MATERNITE Nom/prénom/fonction | PERSONNE(S) RESSOURCE HORS MATERNITE Nom/prénom/fonction/ structure | DECISION PRINCIPALE (poursuite suivi, clôture dossier, signalement, hospitalisation...) | DATE DE PROCHAINE PRESENTATION |
|------------------------|-----|--------|--|--|---|--|--|--------------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Nombre de situations soumises : Nombre de situations discutées : | Nombre de situation présentées (1ère fois) : | Nombre situations clôturées : | Nombre de situation en suivi : Nombre de situations avec modification de prise en charge : |
|---|--|-------------------------------------|--|

Signature du référent du staff :

Date du prochain Staff :