



Etablissement : _____
 Nom du coordonnateur : _____
 Personnes présentes : voir émargement
 Modalité : Présentiel Visioconférence Mixte

Date de la réunion
 ____ / ____ / ____
 Deh.... àh.....

Compte-rendu du staff médico psycho social

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

Signature du référent du staff :

Date du prochain Staff :