ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Nom de la patiente : .....
Prénom : .....
Date de Naissance : .....
Profession : .....
Exercée pendant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non
Situation familiale : ☐ Seule ☐ En couple ☐ Nouvelle union
Commentaire : .....
Nombre d'enfants vivant au foyer : .....
Grossesse : ☐ Souhaitée ☐ Inopinée

Réalisé le : ..... **à** ..... **SA**
Terme prévu le : ..... / ..... / .....
Lieu d'accouchement envisagé : .....
EPP proposé par : Nom .....
Profession .....
EPP réalisé par : Nom .....
Profession .....
Lieu de l'EPP : ☐ PMI/CPEF ☐ Domicile ☐ Ville ☐ Hopital
EPP réalisé en : Couple ☐ Oui ☐ Non **Téléconsultation** ☐ Oui ☐ Non

COCHEZ LES SUJETS ABORDES AU COURS DE L'ENTRETIEN

QUALITE DE VIE

- ☐ Conditions de vie (logement, ressources…)
- ☐ Hygiène de vie (alimentation, médicaments, sport…)
- ☐ Prévention Toxoplasmose, Listériose…
- ☐ Tabac, Alcool, Drogue
- ☐ Violences (physiques, psychiques, sexuelles)
- ☐ Relation de couple, Sexualité
- ☐ Deuil
- ☐ Santé psychique
- ☐ Entourage (familial, amical, extérieur…)

GROSSESSE

- ☐ Déclaration de grossesse
- ☐ Couverture sociale et prestations familiales
- ☐ Suivi de grossesse (échos, consultations, bilans)
- ☐ Droit du travail
- ☐ Etat civil (reconnaissance anticipée, déclaration naissance)
- ☐ Organisation de la maternité
- ☐ Organisation du réseau
- ☐ Suivi post natal
- ☐ Contraception

PROJET DE NAISSANCE

- ☐ Rédaction d'un projet de naissance
  ⬭ oui ⬭ non ⬭ ne sait pas
- ☐ Préparation à la naissance
  ⬭ oui ⬭ non ⬭ ne sait pas
- ☐ Analgésie péridurale
  ⬭ oui ⬭ non ⬭ ne sait pas
- ☐ Alimentation de l'enfant
  ⬭ AM ⬭ AA ⬭ Mixte ⬭ ne sait pas
- ☐ Présence du co-parent
  ⬭ oui ⬭ non ⬭ ne sait pas
- ☐ Retour à la maison (organisation, matériel, soutien...)
- ☐ Reprise du travail
  ⬭ oui ⬭ non ⬭ ne sait pas
- ☐ Modes de garde

SYNTHESE : **Difficultés d'accès au soin** ⬭ **oui** ⬭ **non**
Vulnérabilités ⬭ **oui** ⬭ **non** Si oui, cf grille d'évaluation des critères de vulnérabilités

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERSONNE(S) RESSOURCE(S) pour la patiente

(Familiale et/ou professionnelle)

Nom	Nom	Nom .....
Filiation ou fonction	Filiation ou fonction	Filiation ou fonction .....
Coordonnées	Coordonnées	Coordonnées .....

ACCOMPAGNEMENT PROPOSE

- ☐ Sage-femme libérale
- ☐ Sage-femme PMI
- ☐ Médecin, Hôpital
- ☐ Diététicienne
- ☐ Tabacologue,Addictologue
- ☐ Psychologue
- ☐ Conseillère conjugale
- ☐ Assistante sociale
- ☐ Aide à domicile
- ☐ Autre

☐ Accepté ☐ Refusé ☐ Orientée vers(coordonnées) .....
.....
.....

VOS NOTES EN COURS DE GROSSESSE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

UN EXEMPLAIRE EST CONSERVE DANS LE DOSSIER AVEC L'ACCORD DE LA PATIENTE + UN DOUBLE EST REMIS A LA PATIENTE

Signature de la patiente

Cachet et signature du professionnel