

Fiche de liaison - Suivi du retour à domicile

à l'intention de la maternité

Date :

Nombres de jours du post-partum :

Accord des parents ☐ oui ☐ non

coordonnées

Professionnel de santé

Nom et Prénom :

Qualification :

Adresse :

Téléphone de liaison :

Mère

Nom et Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Nouveau-né

Nom et Prénom :

Date de naissance : / /

Accouchement le :

Accompagnement du (J) au (J)

Nombre de visites à domicile :

Mère

Informations médicales

Examen clinique : ☐ Normal ☐ Particularité (à préciser)

.....

.....

Prescriptions :

.....

.....

Contraception :

.....

.....

Vaccination :

.....

.....

Informations psycho-sociales

Entourage familial et social : ☐ oui ☐ non

Difficultés particulières (psychologiques sociales, familiales) :

.....

.....

.....

.....

Suivi en cours (PMI, psychologue, gynécologue, service

d'addictologie...) :

.....

.....

.....

.....

*Les informations contenues dans le document sont destinées à l'usage exclusif du professionnel

Nouveau-né

Informations médicales

Examen clinique : ☐ Normal ☐ Particularité (à préciser)

Alimentation :

Lait maternel ☐ sans particularité ☐ Particularité (Crevasses, téterelles, tire-lait...)

Mixte ☐

Préparation pour nourrisson : Type :

Courbe staturo-pondérale satisfaisante : ☐ oui ☐ non

DNN fait le / / à J par :

Drépanocytose : ☐ oui ☐ non

Prescriptions / Conseils :

Autre :

Continuité de la prise en charge et de l'accompagnement

	Mère	Nouveau-né
Noms et fonctions des professionnels		
Motifs		
Dates des prochains RDV		

Avis auprès de : le / /

Pour :

Ré hospitalisation auprès de : le / /

Pour :

Date :

Signature du professionnel de santé ayant accompagné le retour à la maison :