

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE OBLIGATOIRE

Feuille de liaison

Terme : G P DDN :

Cet entretien est obligatoire et confidentiel,
aucun des éléments échangés et/ou notés ne peuvent être transmis sans votre accord.

Réalisé par : Sage-femme Généraliste Gynéco-obst.

Lieu : **Date :** En présence du partenaire oui non

EPP proposé par : Sage-femme Généraliste gynécologue obstétricien autre :

Orientations proposées

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien | <input type="checkbox"/> Consultation diététique nutrition | <input type="checkbox"/> Conseil conjugal |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Consultation diabétologie | <input type="checkbox"/> Travailleur social |
| <input type="checkbox"/> Généraliste | <input type="checkbox"/> Consultation addictologie | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement |
| <input type="checkbox"/> Consultation d'allaitement | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Associations |
| <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> Psychiatre/Pédopsychiatre | <input type="checkbox"/> Autres : |

EPP de Mme :

Coordonnées du/des professionnel(s) / service(s) ressource :

Lieu d'accouchement souhaité :

Résumé : qu'avez-vous envie de transmettre aux autres professionnels ?

Vos notes éventuelles

Vous pouvez utiliser cet espace pour noter au fur et à mesure de votre grossesse ce qui vous paraît être important