

# 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, tétérnelles, 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 :