

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 :