

Fiche d'entretien anténatal

soins palliatifs en salle de naissance

fiche n°

Entretien réalisé le : par :

Nom et prénom de la mère :

Date de naissance :

Nom du deuxième parent :

Date de début de grossesse : Terme :

Environnement familial et culturel

Père ou deuxième parent :

Fratrie :

Personnes ressources :

Représentants du culte :

Pathologie maternelle / Antécédents obstétricaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Professionnels référents

Obstétricien :

Sage-femme :

Médecin traitant :

Spécialistes :

Pathologie(s) suspectée(s) / diagnostiquée(s)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments diagnostiqués (Échographie/Caryotype/Avis du CPDPN...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NB: Préciser si certains examens n'ont pas été réalisés car non souhaités par les parents.

Éléments pronostiques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Concertation(s) pluridisciplinaire(s)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Modalités de surveillance de la grossesse et du travail

Voie d'accouchement prévue :

Déclenchement oui non si oui, prévu(e) le : terme :

Enregistrement du rythme cardiaque fœtal : oui non

CAT si ARCF :

Accompagnant(s) :

Pendant le travail :

À l'accouchement :

En post-partum immédiat :

Accueil et soins du nouveau-né

Dans la salle de naissance Dans la salle de réanimation néonatale

Gestes de réanimation : oui non nsp na

Lesquels :

Soutien respiratoire : oui non nsp na

Lesquels :

Pose d'une voie veineuse : oui non nsp na

VVP : oui non nsp na

KTVO : oui non nsp na

Nutrition : oui non nsp na

Mise au sein souhaitée : oui non nsp na

Traitement antalgique proposé selon le score de douleur et le protocole :

Lesquels :

Peau à peau :

avec la mère : oui non nsp na

avec le deuxième parent : oui non nsp na

Examens éventuels proposés :

Lesquels :

Autopsie souhaitée : oui non nsp na

NSP : Ne Savent Pas / NA : Non Abordé

Projet et lieu de vie

Visite(s) programmée(s) des secteurs (selon activité) :

Salle de naissance : oui non date :

Maternité : oui non date :

Réanimation néonatale : oui non date :

Néonatalogie : oui non date :

Transfert éventuel dans un autre service / domicile oui non nsp na

Lieu de vie évoqué :

Allaitement maternel souhaité : oui non nsp na

Présentation à la famille : oui non nsp na

Présentation à la fratrie : oui non nsp na

Objets personnels pour accompagner le bébé (vêtements, doudou, objets religieux...) :

Traces mémorielles souhaitées :

Projet et fin de vie / souhaits au moment du décès

Présence de la mère : oui non nsp na

Présence du deuxième parent : oui non nsp na

Présence d'accompagnants : oui non nsp na

Si oui lesquels :

Présence de la fratrie : oui non nsp na

Enfant pris dans les bras : oui non nsp na

Par la mère : oui non nsp na

Par le deuxième parent : oui non nsp na

Peau à peau : oui non nsp na

Avec la mère : oui non nsp na

Avec le deuxième parent : oui non nsp na

Souhait d'un accompagnement par les soignants : oui non nsp na

Rituel souhaité : oui non nsp na

Si oui lequel :

Présence souhaitée d'un représentant du culte : oui non nsp na

Si oui lequel :

Autres souhaits particuliers :

NSP : Ne Savent Pas / NA : Non Abordé

Les décisions prises et tracées sur cette fiche ne sont pas figées. Elles peuvent évoluer dans le temps.

Conclusion

Signatures (facultatif)

Coordonnateur du suivi

Mère

Deuxième parent