

# ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

## Document Réseau

Fiche à retourner à la CPAV pour une identification des attentes des femmes.

### I. SIGNALÉTIQUE: \_\_\_\_\_

Initiales de la Patiente: .....

Age : .....

Situation maritale : .....

Profession : .....

Nombre d'enfants : .....

Terme en S.A: .....

Conjoint présent :  OUI  NON

Entretien du: .....

Réalisé par : .....

Spécialité : .....

Durée de l'entretien : .....

▪ **Obtention d'un consentement éclairé sur l'Entretien Prénatal Précoce :**  OUI  NON

### II. POINTS ABORDES PAR LA PATIENTE SUR LA PERIODE PERINATALE

▪ **Suivi Médical et Maternités :** OUI  NON

▪ **Professionnels de santé :** OUI  NON

▪ **Droits sociaux :** OUI  NON

▪ **Préparation à la Naissance :** OUI  NON

▪ **Projet de Naissance :** OUI  NON

▪ **Retour précoce à domicile:** OUI  NON

### III. POINTS ABORDES PAR LA PATIENTE SUR LE MODE DE VIE

▪ **Vie familiale :** OUI  NON

▪ **Vie conjugale:** OUI  NON

▪ **Social (Travail, Hébergement) :** OUI  NON

▪ **Sexualité:** OUI  NON

▪ **Hygiène, Alimentation:** OUI  NON

▪ **Alcool, Tabac, Drogues,  
Médicaments:** OUI  NON

▪ **Craintes :** OUI  NON

Préciser : .....

### IV. DECISIONS

**Un accompagnement est-il proposé ?**

OUI  NON

**Par :** ( Merci, de cocher la ou les cases nécessaires )

▪ **Assistante Sociale :**  OUI

▪ **PMI :**  OUI

▪ **Addictologue:**  OUI

▪ **Psychologue:**  OUI

▪ **Diététicien:**  OUI

▪ **Autre :**  OUI

Préciser .....

**Remise du document de synthèse  
de l'entretien à la femme :**

OUI  NON

**Obtention du consentement éclairé sur le  
partage en réseau des informations :**

OUI  NON

▪ **Observations complémentaires :**

CPAV : N° d'Enregistrement : .....