

# ENTRETIEN prénatal précoce

**NOM :** Prénom :

Situation maritale :

Âge : Nombre d'enfants :

Terme de la grossesse :

Profession :

Patiente :  Seule  Accompagnée de :

Entretien du :

Réalisé par :

Durée de l'entretien : Langue :

Consultant :

**Un accord sur le partage des informations a t-il été obtenu ?**

OUI  NON  PARTIEL

SYNTHESE :

## 1 RESUME DES ORIENTATIONS PROPOSEES :

**PNP :**  OUI  NON

**Assistante sociale**  OUI  NON

.....  
.....

**Diététicienne**  OUI  NON

.....  
.....

**Psychologue**  OUI  NON

.....  
.....

**Psychiatre**  OUI  NON

.....  
.....

**Addictologue**  OUI  NON

.....  
.....

**Autres**  OUI  NON

.....  
.....

## 2 THEMES ABORDES (OUI = abordé)

### Le début de la grossesse

- **La première échographie**

.....  
.....  
.....  
.....

- **Vécu du rendu des résultats de la consultation de dépistage (PRIMA FACIE) ?**

.....  
.....  
.....  
.....

### Déroulement de la grossesse

- **Parcours du suivi de la grossesse :**

OUI  NON

.....  
.....

- **Les professionnels de santé et les acteurs sociaux organisés en réseau :**

OUI  NON

.....  
.....

- **La préparation à la naissance et à la parentalité**

OUI  NON

.....  
.....

- **Les droits de la femme enceinte et de la famille :**

OUI  NON

.....  
.....

- **Les questions d'hygiène, de mode de vie et d'habitudes alimentaires**

OUI  NON

.....  
.....

- **Les addictions : alcool, tabac, drogues, médicaments, addiction sans drogue ?**  OUI  NON

.....  
.....

**antécédents médicaux-gynéco-obstétricaux pouvant interférer avec la grossesse**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**antécédents personnel ou familial pouvant interférer avec la grossesse**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Annonce au travail**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Réactions de l'entourage (conjoint, fratrie, famille, amis)**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Suivi psychothérapique passé et/ou présent**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Situations sociales**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Sexualité**

OUI  NON

.....  
.....  
.....  
.....

**Craintes évoquées**

OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Plaintes physiques évoquées**

OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Durée d'hospitalisation après la naissance**

OUI  NON

.....  
.....

**Allaitement**

OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Retour à la maison après l'accouchement ?.**

**- Soutien :**

**- mode de garde :**

OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Projet de Naissance**

OUI  NON

.....  
.....  
.....

### **3 ENTRETIEN D'ÉVALUATION POST NATALE DE L'EPP (à remplir en suite de couches en s'appuyant sur les items soulignés)**

#### **VECU DE LA GROSSESSE**

.....  
.....  
.....

#### **Opinion sur l'EPP de la mère, du père**

.....  
.....  
.....

**PNP** :  OUI  NON

#### **VECU DE L'ACCOUCHEMENT :**

.....  
.....  
.....

#### **SUIVIS SPECIFIQUES ENVISAGES A L'EPP :**

**Assistante sociale**  OUI (vue)  NON (non vue)

.....  
.....  
.....

**Diététicienne**  OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Psychologue**  OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Psychiatre**  OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Addictologue**  OUI  NON

.....  
.....  
.....

**Autres**  OUI  NON

Lesquels

.....  
.....  
.....

**COMMENTAIRES :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ressenti parents / Ressenti SF :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....