



**RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE
 PÉRINATALITÉ PARENTALITÉ
 FICHE DE PRESENTATION d'une SITUATION**
 A adresser à la responsable RC3P

Année : 201__ Fiche N° _____ Date : ____ / ____ / 201__		Etablissement de référence	
FICHE REMPLIE PAR			Fiche renseignée avec accord de la patiente <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
NOM _____	Prénom _____	Fonction _____	
Mail _____ @ _____			
FEMME ENCEINTE		CONJOINT(E)-	
NOM D'USAGE : NOM de JEUNE FILLE : Prénom : Date naissance : ____ / ____ / ____ AGE : ____ ans Adresse N° ____ rue _____ Complément adresse _____ _____ CP ____ Ville _____ Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ Profession : Couverture Sociale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours		NOM D'USAGE : NOM de JEUNE FILLE : Prénom : Date naissance : ____ / ____ / ____ AGE : ____ ans Adresse : N° ____ rue _____ Complément adresse _____ _____ CP ____ Ville _____ Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ Profession : Couverture Sociale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours	
ENVIRONNEMENT PATIENTE			
Situation familiale <input type="radio"/> vit seule <input type="radio"/> en couple <input type="radio"/> autre (précisez) _____ Nombre enfants au domicile et âge : _____		Ressources – entourage - soutien : _____ _____ _____	
GROSSESSE			
GESTITE PARITE		Accouchement prévu le : TERME (en SA) :	
SUIVI MEDICAL par (lister les principaux professionnels, tous secteurs) : _____ _____ _____			
Eléments marquants de la grossesse			
MOTIF(S) PRESENTATION EN RC3P (précisez)		<input type="radio"/> Médical (Mère / enfant) _____ <input type="radio"/> Psychiatrique _____ <input type="radio"/> Social Familial _____ <input type="radio"/> Substance Psycho active _____ <input type="radio"/> Handicap _____ <input type="radio"/> Autre motif _____	

SUIVI DES ACTIONS ET ORIENTATIONS PROPOSEES

	Actions et orientations proposées + Objectifs / moyens	Mise en place des actions/orientations	Si actions non réalisées
<p>Date RC3P ___ / ___ / 20___ Terme: ___ (SA) Situation présentée par Nom _____ Prénom _____ Fonction _____ Contact ___/___/___/___/___</p>	<p>Date restitution patiente ----/----/----- par _____</p>	<p>Dates réalisation ---/----/----- ---/----/-----</p> <p>Commentaires</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Pourquoi :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Alternatives proposées :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Date RC3P ___ / ___ / 20___ Terme: ___ (SA) Situation présentée par Nom _____ Prénom _____ Fonction _____ Contact ___/___/___/___/___</p>	<p>Date restitution patiente ----/----/----- par _____</p>	<p>Dates réalisation ---/----/----- ---/----/-----</p> <p>Commentaires</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Pourquoi :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Alternatives proposées :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Etat de la situation à la sortie de maternité</p>	<p>Commentaires</p>		
<p>Suivi Post Natal Éléments marquants</p>	<p>Commentaires</p>		