

Année : 20__ Fiche N° _____
 Date : ____ / ____ / 20__

Etablissement de référence:

FICHE REMPLIE PAR: NOM Prénom Fonction Téléphone
 _____ ☎ _____ / _____ / _____ / _____
 _____ @ _____
 Fiche renseignée avec accord de la patiente ? oui non

Femme enceinte:
 NOM D'USAGE :
 NOM de JEUNE FILLE :
 Prénom :
 Date naissance : ____ / ____ / ____
 AGE : ____ ans
 Adresse
 N° _____
 rue _____
 Complément adresse

 CP _____
 Ville _____
 Téléphone _____
 Profession :
 Couverture Sociale? Oui Non En cours

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? Oui Non En cours

ENVIRONNEMENT PATIENTE

Situation familiale Ressources – entourage - soutien :
 vit seule en couple
 autre (précisez): _____
 Nombre enfants au domicile et âge : _____

GROSSESSE

GESTITE : PARITE : Accouchement prévu le : __/__/____ TERME (en SA) : __
 SUIVI MEDICAL par (lister les principaux professionnels, tous secteurs):

Éléments marquants de la grossesse :

MOTIF(S) PRESENTATION EN RC3P (précisez)	Médical (Mère / enfant) _____
	Psychiatrique _____
	Social Familial _____
	Substance Psycho active _____
	Handicap _____
	Autre motif _____

<p>Date RC3P ___ / ___ / 20___ Terme: ___ (SA) Situation présentée par Nom _____ Prénom _____ Fonction _____ Contact __/__/__/__/__</p>	<p>Actions et orientations proposées Objectifs / moyens Mise en place des actions/orientation Date: _____ Commentaires: _____ _____ _____ Date restitution patiente ----/----/---- par _____</p>	<p>Si action non réalisée pourquoi : _____ _____ Alternatives proposées : _____ _____</p>
---	--	---

<p>Date RC3P ___ / ___ / 20___ Terme: ___ (SA) Situation présentée par Nom _____ Prénom _____ Fonction _____ Contact __/__/__/__/__</p>	<p>Actions et orientations proposées Objectifs / moyens Mise en place des actions/orientation Date: _____ Commentaires: _____ _____ _____ Date restitution patiente ----/----/---- par _____</p>	<p>Si action non réalisée pourquoi : _____ _____ Alternatives proposées : _____ _____</p>
---	--	---

<p>Date RC3P ___ / ___ / 20___ Terme: ___ (SA) Situation présentée par Nom _____ Prénom _____ Fonction _____ Contact __/__/__/__/__</p>	<p>Actions et orientations proposées Objectifs / moyens Mise en place des actions/orientation Date: _____ Commentaires: _____ _____ _____ Date restitution patiente ----/----/---- par _____</p>	<p>Si action non réalisée pourquoi : _____ _____ Alternatives proposées : _____ _____</p>
---	--	---

<p>Etat de la situation à la sortie de la maternité</p>	<p>Commentaires</p>
---	---------------------

<p>Suivi Post Natal Éléments marquant</p>	<p>Commentaires</p>
---	---------------------