

## ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE OBLIGATOIRE

### Feuille de liaison

Terme : G P DG :

**Cet entretien est obligatoire et confidentiel,**  
aucun des éléments échangés et/ou notés ne peuvent être transmis sans votre accord.

Réalisé par :

☐ Sage-femme ☐ Généraliste ☐ Gynéco-obst.

Lieu :

Date :

En présence du partenaire ☐ oui ☐ non

EPP proposé par : ☐ Sage-femme ☐ Généraliste ☐ gynécologue ☐ obstétricien ☐ autre :

### Orientations proposées

- |                                                     |                                                            |                                               |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien   | <input type="checkbox"/> Consultation diététique nutrition | <input type="checkbox"/> Conseil conjugal     |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme                 | <input type="checkbox"/> Consultation diabétologie         | <input type="checkbox"/> Travailleur social   |
| <input type="checkbox"/> Généraliste                | <input type="checkbox"/> Consultation addictologie         | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement |
| <input type="checkbox"/> Consultation d'allaitement | <input type="checkbox"/> Psychologue                       | <input type="checkbox"/> Associations         |
| <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> Psychiatre/Pédopsychiatre         | <input type="checkbox"/> Autres :             |

EPP de Mme :

Coordonnées du/des professionnel(s) / service(s) ressource :

Lieu d'accouchement souhaité :

### Résumé : qu'avez-vous envie de transmettre aux autres professionnels ?

### Vos notes éventuelles

Vous pouvez utiliser cet espace pour noter au fur et à mesure de votre grossesse ce qui vous paraît être important