

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

vit seule ☐ en couple ☐

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 **AU VERSO**) :

Éléments marquants de la grossesse :

MOTIF(S)
PRESENTATION
EN RC3P
(précisez)

Médical (Mère / enfant) _____

Psychiatrique _____

Social Familial _____

Substance Psycho active _____

Handicap(s) à préciser _____

Autre motif _____

Professionnels intervenants autour de la patiente / du couple :

• A Prévoir: AP Non Requis: NR

Intervenants médicaux / paramédicaux

Médecin traitant: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Professionnel suivant la grossesse: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
SF référente du parcours: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
SF de PMI: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Puéricultrice de PMI: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Référent suivi handicap de l'établissement: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Pédiatre: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Psychologue: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Médecin référent de la pathologie: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Généticien: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Professionnel autre: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐

Intervenants territoriaux/ départementaux:

Structure d'accompagnement:			
• Association : Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
• Centre ressource : Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
• SAPPH Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Travailleur d'intervention social et familial : Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Mesure d'aide éducative : Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Service social du secteur : Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐
Professionnel autre: Nom: _____	☎ ____/____/____/____/____	AP ☐	NR ☐

LEGISLATION droits et protection:

« Pour rappel, les actes liés à l'exercice parental sont des droits propres de la personne (art 458 code civil) »

Ouverture des droits : Oui ☐ Non ☐

Mesures judiciaires de protection juridique

Mesure de curatelle : Oui Non

Mesure de Tutelle : Oui Non

Coordonnées du mandataire judiciaire _____

☎ ____/____/____/____/____

☎ ____/____/____/____/____

Personne de confiance désignée: _____

Eléments d'accompagnement personnalisé

EPP	Oui	Non	A prévoir
Préparation à la naissance faite ou en cours	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐
Projet de naissance évoqué ou en cours de formalisation	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐
Visite à domicile faite ou programmée	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐
Fiche de liaison ville-hôpital	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐
Documents d'information adaptés remis à la patiente	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐
Autorisation d'opérer	Oui ☐	Non ☐	A prévoir ☐

Date RC3P

____ / ____ / 20____

Terme: ____ (SA)

Situation présentée par

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Contact ____/____/____/____/____

Actions et orientations proposées Objectifs / moyens

Mise en place des actions/orientation

Date:

Commentaires:

Date restitution patiente ----/----/----

par _____

Si action non réalisée
pourquoi :

Alternatives proposées :
