

FEUILLE DE SYNTHÈSE ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE (EPNP)

Que les parents transmettent au médecin traitant et/ou au pédiatre

Entretien réalisé par : _____ le ____/____/____

Nom, prénom (mère) :

Nom, prénom du bébé :

Née le : ____/____/____

Née le : ____/____/____ à _____

Conjoint présent à l'entretien Oui Non

Terme : _____ sa

Médecin Traitant :

Médecin traitant :

Allaitement oui non Exclusif oui non Difficultés lors de l'allaitement oui non

Si oui, à la maternité au domicile A demandé de l'aide oui non A qui ? :

Les parents	Le nouveau-né Poids ce jour :
La parentalité	Le réseau médico-social

Orientation :

RAS La psychologue du réseau La pédopsychiatre du réseau La diététicienne du réseau La puéricultrice de PMI

La consultante en lactation Le médecin traitant TISF Association d'usagers

Gynécologue – obstétricien Autre :

Un exemplaire à retourner au Réseau de Périnatalité. Merci.