NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Grossesse suivie par :

Sage-femme PMI :

Terme prévu :

Gynécologue référent échographie :

Lieu d'accouchement souhaité :



Visite à domicile Sage-Femme libérale souhaitée à la sortie de maternité :

Oui ☐ Non ☐

Avec qui ? :

Entretien Post-Natal souhaité (2ème semaine post-accouchement) :

Oui ☐ Non ☐

Avec qui ? :

Examen du bébé à 15 jours

Avec quel médecin ? :

Suivi médical du bébé à partir de 1 mois

Avec quel médecin ? :

Consultation post-natale (6 à 8 semaines post-accouchement, 4 semaines en cas de césarienne)

Avec qui ? :

Puéricultrice PMI :

Oui ☐ Non ☐

Avec qui ? :

Contraception souhaitée :

Quand remplir ce document ?
A remplir au 7ème mois avec votre référent grossesse