

Nom prénom de la mère :

Prénom de l'enfant :



Nom prénom du père :

Date de naissance de l'enfant :

Fiche d'observation Parents-nouveau-né dans les situations de vulnérabilité (1) Transmissions complémentaires à la feuille de liaison maternité/PMI				
Mère	J---en date du: ---/---/---		J--- en date du:---/---/---	
Adaptations aux besoins	F/P/PE (2)	Commentaires	F/P/PE	Commentaires
Toilette/Bain				
Changes/selles/urines				
Tétées/succion/déglutition				
Préparation du biberon				
cordon ombilical				
Thermorégulation				
Sommeil/éveil				
Sécurisation/couchage/portage				
Interactions	P/A /R (3)			
Echanges visuels				
Echanges vocaux				
Echanges corporels				
Interactions alimentaires				
Père				
Adaptations aux besoins	F/P/PE	Commentaires	F/P/PE	Commentaires
Toilette/Bain				
Changes/selles/urines				
Tétées/succion/déglutition				
Préparation du biberon				
cordon ombilical				
Thermorégulation				
Sommeil/éveil				
Sécurisation/couchage/portage				
Interactions	P/A /R			
Echanges visuels				
Echanges vocaux				
Echanges corporels				
Interactions alimentaires				
Nom et signature du professionnel				

(2) F /P /PE= Facile /Presque /Pas Encore

(3) P /A /R= Présent/Absent /Rare

(1) mise en place de la fiche sur avis du staff médico psychosocial sauf en cas de situation repérée en postnatal

Nom prénom de la mère :

Prénom de l'enfant :



Nom prénom du père :

Date de naissance de l'enfant :

Fiche d'observation Parents-nouveau-né dans les situations de vulnérabilité (1)
Transmissions complémentaires à la feuille de liaison maternité/PMI

Nouveau-né	J---en date du: ---/---/---		J--- en date du:---/---/---	
Intéactions corporelles	O/N (4)	Commentaires	O/N	Commentaires
<i>Détendu dans les bras</i>				
<i>Se calme dans les bras</i>				
<i>Agité</i>				
<i>Hyper excitable</i>				
Intéactions visuelles	O/N		O/N	
<i>Maintient le contact du regard</i>				
Intéactions vocales	O/N		O/N	
<i>bébé silencieux</i>				
<i>Pleure fréquemment</i>				
<i>Inconsolable</i>				
<i>Hurle</i>				
Intéactions alimentaires	O/N		O/N	
<i>Besoin de stimulation pour s'alimenter</i>				
<i>Mange bien</i>				
Rythme du nouveau-né	O/N		O/N	
<i>rythme éveil/ sommeil</i>				
Nom et signature du professionnel				

(4) O/N=Oui/Non

(1) mise en place de la fiche sur avis du staff médico psychosocial sauf en cas de situation repérée en postnatal

Synthèse et commentaires	
Date: le ----/----/-----	

Remarques et besoins exprimés par les parents	
Date: le ----/----/-----	