



**EVALUATION PSYCHO-SOCIALE**

Entourage familial et social :  oui  non

Intervention d'un TISF :  oui  non

Evolution psychologique (baby-blues, relations mère-enfant,...) :.....

.....  
.....

Difficultés particulières :.....

.....  
.....

**RELAIS**

	Mère	Nouveau-né
Noms et fonctions des professionnels		
Motifs		
Dates des prochains RDV		

Date :     /     /

Signature du professionnel de santé ayant accompagné le retour à la maison:

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : \_\_\_\_\_ »