

MON PROJET DE NAISSANCE

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE DÉBUT DE GROSSESSE :

Faisons connaissance

Souhaitez-vous communiquer certains éléments de votre histoire personnelle, qui nous permettraient de vous accompagner au mieux ?

Avez-vous des craintes ou des besoins liés à l'accouchement que vous souhaitez partager avec les professionnels ?

La personne à vos côtés

Quelle personne souhaitez-vous avoir à vos côtés ?

Un seul accompagnant est autorisé pendant le travail et l'accouchement

Votre accompagnement en salle d'accouchement

Avez-vous des attentes ou des besoins pour vous sentir à l'aise (musique, douche...) ?

Comment imaginez-vous le déroulé du travail ?

Avez-vous des attentes concernant la place et la présence de votre accompagnant(e) lors de la période du travail et de celle de l'accouchement ?

Avez-vous des envies particulières pour le moment de l'accouchement ?

Avez-vous des souhaits concernant le moment où le cordon sera coupé ?

Avez-vous des attentes concernant l'accueil du bébé ou les soins du bébé juste après la naissance ? Par exemple peau à peau avec vous ou votre accompagnant(e)

Quels sont vos souhaits concernant l'alimentation de votre bébé : tétée de bienvenue, alimentation au sein, lait artificiel, alimentation mixte ?

 *Votre accompagnement pendant le séjour*

Avez-vous des attentes particulières concernant votre séjour après votre accouchement ? Comment visualisez-vous les premiers jours avec votre enfant ? Présence de votre accompagnant(e), sortie précoce.

Avez-vous des souhaits particuliers concernant les soins de votre bébé ? Alimentation, bains, peau à peau...

Quel soutien supplémentaire aimeriez-vous pour vous ? Par exemple entretien avec une psychologue, conseillère en lactation, acupuncture, homéopathie, ostéopathie...

 **Avez-vous d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?**

