



CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES

3, bd des Rayettes - B.P 50248 - 13698 Martigues Cédex - Télécopie 42.80.24.60

POLE MERE - ENFANT Docteur VOLLE - Chef de pôle 04-42-43-25-80

ANNEXE 1 :

LES LIAISONS PMI A LA MATERNITE DU CHM - CRITERES D'INCLUSION

Les sages-femmes et les puériculteurs de la PMI secteur Martigues-Port de Bouc et Istres effectuent des liaisons régulières à la Maternité et dans le service Pédiatrie du CHM.

Les puériculteurs se déplacent deux fois par semaine (lundi et vendredi), les sages-femmes, une fois par semaine (le jeudi).

L'équipe de la Maternité et celle de la Pédiatrie doivent informer la famille de la liaison qui la concerne. Les transmissions à la PMI ne peuvent avoir de sens que si elles se font en collaboration et en accord avec les familles.

Critères de liaison

- Concernant la mère :
 - Primipare
 - Age (mineure ou plus de 40 ans)
 - Contexte d'accouchement difficile (césarienne, baby-blues....)
 - Pathologie de la mère (maladie psychiatrique...)
 - Allaitement maternel

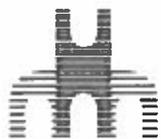
- Concernant l'enfant
 - Hypotrophie
 - Prématurité
 - Pathologie
 - Gémellité

- Concernant l'environnement familial
 - Mère isolée
 - Violences conjugales
 - Grossesses rapprochées
 - Grande multipare
 - Deuil
 - Toute situation de vulnérabilité (mère, enfant, famille)

Ces liaisons sont un moment d'échange entre les professionnels de PMI et ceux de la Maternité. Elles permettent de préparer et d'accompagner le retour à domicile des familles. Pour faciliter l'intervention des professionnels de PMI auprès des familles, il est nécessaire qu'ils puissent rencontrer la maman au cours de son hospitalisation en Maternité.

Les familles, bénéficiant du programme PRADO, peuvent également avoir recours à un accompagnement par la PMI qui peut intervenir jusqu'aux six ans de l'enfant.

Un compte rendu écrit des liaisons ne se fera que sur demande de la Maternité.



CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES

3, bd des Rayettes - B.P 50248 - 13698 Martigues Cédex - Télécopie 42 80.24.60

POLE MERE - ENFANT
Docteur VOLLE - Chef de pôle
04-42-43-25-80

ANNEXE 4

DISPOSITIF TISF EN PERINATALITE

Ce dispositif de prévention est une prestation volontaire du CONSEIL DEPARTEMENTAL, destinée au soutien et à l'accompagnement des mères et des parents en période périnatale.

Le dispositif repose sur :

- Le repérage précoce en Maternité et en service de pédiatrie ou lors du suivi de grossesse, des mères ou futures mères, présentant une vulnérabilité pouvant retentir sur la relation parents-enfants.
- L'attribution de vingt heures de TISF au retour à domicile
- La réactivité du dispositif pour un soutien précoce à la parentalité

La demande de TISF est concomitante à une liaison PMI, ce qui permet le suivi de nombreuses familles par les équipes de PMI en MDS.

FICHE DE LIAISON

SAGE FEMME PMI

Date : / /

Nom JF :	ADRESSE :
Nom Épouse :
Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :

• Origine de la liaison :

- Bloc d'accouchement
 Consultations
 Suites de couches

- Hôpital de jour
 Hospitalisation

Date dernière consultation ou hospitalisation / /

Nom du médecin obstétricien :

Nom de la sage-femme hospitalière :

PATIENTE PRÉVENUE DE L'INTERVENTION DE LA PMI : oui non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
G : **P :** **DG :** Suites de couches

• Motif(s) de la liaison :

.....

.....

.....

• Examen clinique, échographie :

.....

.....

.....

• Traitement :

.....

.....

.....

Vue par l'assistante sociale : oui non Vue par la psychologue : oui non

Surveillance spécifique préconisée

Rythme des visites / semaine

Monitoring Accompagnement psycho-social

Autres

Date de la prochaine consultation à la maternité : / /

Édition 2009



FICHE MEDICALE DE LIAISON P.M.I.

Equipe P.M.I. de liaison

Date : _____

A l'attention du médecin adjoint santé de P.M.I. de la MDS :

Hôpital ou maternité : _____

Personne qui assure la liaison (médecin, puéricultrice) : _____

Néonatalogie Réanimation Urgences Médecine Chirurgie Consultations externes

Date d'hospitalisation : entrée : _____ sortie : _____

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Né (e) le : _____ Sexe : M F

Terme (SA) : _____ Parité : _____ Poids de naissance : _____ g Poids de sortie : _____ g

Mère Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Née le : _____

Père Nom : _____ Prénom : _____ Née le : _____

Adresse des parents ou de l'hébergement : _____

Téléphone : _____

MOTIF DE LA LIAISON

Parents informés : Oui Non Visite acceptée : Oui Non Retour souhaité par l'hôpital : Oui Non

FICHE A RETOURNER DANS LES 3 MOIS A L'EQUIPE DE LIAISON

Suivi par : Puéricultrice : VAD Consultation puéricultrice Mise à disposition

Médecin : Consultation PI TISF périnatalité Suivi social

Refus

Commentaires éventuels : _____

Date, signature et tampon :