

VOTRE PROJET DE NAISSANCE

L'objectif du projet de naissance est d'ouvrir le dialogue dès la grossesse avec les professionnel(le)s de santé qui vous accompagnent en ville et en maternité.

L'idée est "de construire ensemble" un projet pour créer une bulle de sécurité physique et émotionnelle.

Pour y parvenir, il est nécessaire de vous informer sur les pratiques de votre maternité.

Pour cela, vous pouvez vous appuyer sur l'ensemble des professionnel(le)s qui accompagnent votre grossesse, en particulier lors de l'entretien prénatal et la préparation à la naissance et à la parentalité.

Selon le déroulement de votre grossesse et de votre accouchement, certains de vos souhaits pourraient évoluer au rythme de votre cheminement ou ne pas pouvoir être réalisés pour des raisons médicales.

Tout au long de votre suivi et celui de votre enfant, les professionnel(le)s vous donneront des informations claires, adaptées et justifiées scientifiquement afin que vous puissiez donner votre consentement.

Ce formulaire est une des possibilités pour réfléchir à vos souhaits et vos besoins.

Vous pouvez l'utiliser librement. Ecrire vos réponses aux questions ou en faire un simple support de discussions et aborder d'autres sujets si vous le souhaitez.

L'essentiel est de pouvoir aborder tout ce qui vous semble essentiel afin de vous sentir en toute confiance pendant la grossesse, au moment de la naissance et dans les semaines qui vont suivre.

Formulaire remis par :

- Maternité Angèle Barbion
- PMI
- Professionnel de ville



FAISONS CONNAISSANCE

Quelles sont vos ressources et vos forces pour vivre cette naissance ?

.....

.....

Souhaitez-vous nous communiquer certains éléments de votre histoire personnelle, récente ou passée, qui nous permettrait de vous accompagner au mieux ?

.....

.....

Avez-vous des peurs ou des besoins liés à l'accouchement que vous souhaiteriez partager avec les professionnels qui vous accompagneront ?

.....

.....

COMMENT ENVISAGEZ-VOUS LE DÉBUT DE VOTRE ACCOUCHEMENT (PAR EX., DE FAÇON NATURELLE, APRÈS DÉCLENCHEMENT MÉDICAL OU PAR CÉSARIENNE PROGRAMMÉE, ETC.) ?

.....

.....

VOTRE ACCOMPAGNEMENT DURANT LES CONTRACTIONS JUSQU'À LA POUSSÉE

Avez-vous des attentes ou des besoins pour vous sentir à l'aise (par exemple, lumière, musique, baignoire, accéder à une douche, etc.) ?

.....

.....

Comment imaginez-vous pouvoir bouger (marcher pendant le travail, pouvoir vous positionner comme vous le souhaitez, utiliser un ballon, suspension, etc.) ?

.....

.....

VOS SOUHAITS CONCERNANT VOTRE ACCOMPAGNEMENT LORS DE LA PHASE DE POUSSÉE

Avez-vous des souhaits concernant l'ambiance et l'équipement de la salle d'accouchement (lumière, musique, pouvoir utiliser un miroir pour voir la tête du bébé, etc.) ?

.....

.....

Avez-vous des souhaits concernant la place et la présence (ou l'absence) de votre accompagnant(e) lors de l'expulsion ?

.....

.....

Dans quelle position imaginez-vous mettre au monde votre enfant (sur le côté, accroupie, etc.) ?

.....
.....

Souhaitez-vous partager avec l'équipe la façon dont vous vous êtes préparée pour la poussée ?

.....
.....

Souhaitez-vous échanger avec les professionnels sur la protection de votre périnée : massages du périnée, compresses chaudes, etc. ?

.....
.....

QUELLE(S) PERSONNE(S) SOUHAITEZ-VOUS AVOIR À VOS CÔTÉS ?

.....
.....

JUSTE APRÈS LA NAISSANCE

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

.....
.....

Souhaitez-vous partager des souhaits ou préoccupations concernant l'expulsion de votre placenta (délivrance dirigée, etc.) ?

.....
.....

Avez-vous des attentes concernant l'accueil du bébé : peau à peau avec vous ou votre accompagnant(e), pas d'éloignement d'avec les parents sauf nécessité, etc. ?

.....
.....

Avez-vous des souhaits concernant les soins du bébé à la naissance (pesée, examen clinique du bébé, présence de l'accompagnant(e) en cas de réanimation, administration de vitamine K, etc.) ?

.....
.....

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

.....
.....

ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DANS LES JOURS QUI SUIVENT VOTRE ACCOUCHEMENT

Avez-vous des souhaits concernant votre accompagnement au cours des jours qui suivent votre accouchement (présence partenaire, visites, durée séjour si en maternité) ?

.....

.....

Comment souhaitez-vous être accompagnée pour prendre soin de votre bébé (alimentation, bains, couchage, peau à peau, dépistage néonatal) ?

.....

.....

Quels gestes souhaitez-vous savoir faire dans les jours suivant votre accouchement ?

.....

.....

Quel soutien supplémentaire souhaiteriez-vous pour vous-même (échanges avec équipe, entretien avec un psychologue, etc.) ?

.....

.....

EN COMPLÉMENT DE CE DOCUMENT AVEZ-VOUS D'AUTRES POINTS QUE VOUS SOUHAITERIEZ ABORDER ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

