

prénom - nom : .....

date de naissance : .....

# mon projet de naissance

Ce questionnaire est une aide à la création de votre projet de naissance concernant l'arrivée de votre enfant.

Sa rédaction permettra un échange avec l'équipe qui vous accompagne à chaque instant de votre grossesse.

C'est une porte ouverte à la discussion et aux échanges.



## 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 permettraient 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 ?

.....  
.....  
.....  
.....

• Quelle personne souhaitez-vous avoir à vos côtés pour la gestion du travail/l'arrivée du bébé?

.....  
.....

## 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.) ?

.....  
.....  
.....  
.....



*La maternité dispose d'une salle nature (baignoire, chaise hollandaise, suspension, ballon)*

Comment souhaitez-vous gérer vos contractions (méthodes naturelles, TENS, MEOPA, péridurale...)?

.....  
.....  
.....  
.....



*Dans tous les cas la pose d'une voie veineuse (cathéter) est nécessaire*



## 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.) ?

.....  
.....  
.....  
.....

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 votre **périnée** : massage du périnée, déchirure, épisiotomie ?

.....  
.....  
.....  
.....



*Le taux d'épisiotomie est d'environ 3.6%*

## juste après la naissance

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

.....  
.....  
.....  
.....



*Pratique du clampage tardif sauf exception*

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), etc. ?

.....  
.....  
.....  
.....



*Peau à peau systématique avec maman et soins effectués dans la salle de naissance sauf si césarienne*

Avez-vous des souhaits concernant **les soins du bébé** à la naissance (pesée, examen clinique du bébé, etc.) ?

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**En cas de césarienne** : votre accompagnant souhaite-t-il être présent (sauf urgence extrême) ? Fera-t-il le peau à peau en votre absence ?

.....  
.....  
.....  
.....



*Le taux de césariennes et d'extractions instrumentales est d'environ 30%, un chiffre comparable à la moyenne nationale*

## 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) ?

.....

.....

.....

.....



*Lit pour accompagnant dans toutes les chambres  
N'hésitez pas à ramener une veilleuse, coussin  
d'allaitement, plaid, gourmandises.....*



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

.....

.....

.....



*Bain enveloppé proposé*

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

.....

.....

.....

## pour le retour à la maison

Qui pourra vous apporter du soutien ?

.....

.....

Avez-vous un pédiatre ou un médecin traitant pour le suivi de votre bébé ?

.....

.....

Avez-vous une sage-femme libérale ?

.....

.....

Avez-vous choisi votre contraception ?

.....

.....

En complément de ce document avez-vous d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La rédaction d'un projet de naissance est facultative, mais elle peut aider à mieux se préparer à l'arrivée de votre enfant.

Si vous choisissez d'en rédiger un, l'idéal est de le présenter lors de la consultation du 8<sup>ème</sup> mois.

Qu'il existe ou non, la discussion et les échanges restent primordiaux à chaque instant.

## gynécologie/obstétrique (maternité)

11, boulevard Ambroise Paré - BP 10326 - 17108 Saintes Cedex  
Secrétariat ☎ 05 46 95 15 06  
maternite@gh-saintesangely.fr  
www.gh-saintesangely.fr



GRUPE HOSPITALIER  
SAINTES - SAINT-JEAN-D'ANGELY