

Votre enfant  
a été inclus  
dans le réseau  
de périnatalité  
pour son suivi



Votre enfant  
a été inclus  
dans le réseau  
de périnatalité  
pour son suivi



Votre enfant  
a été inclus  
dans le réseau  
de périnatalité  
pour son suivi



Votre enfant  
a été inclus  
dans le réseau  
de périnatalité  
pour son suivi



NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

A : .....

Terme : .....SA + ..... jour

### DATES DE RDV

3 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

6 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

9 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

12 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

**Pensez à prendre RDV à l'avance.**

#### Tel des consultations Néonate (ligne directe)

- CHU de Rouen : 02.32.88.64.33
- GH du Havre (Monod) : 02.32.73.41.30
- CH du Belvédère : 02.35.15.63.51
- CH de Dieppe : 02.32.14.75.54
- CHI d'Elbeuf : 02.32.96.35.40
- CHI d'Évreux : 02.32.33.86.11
- Clinique Mathilde : 02.32.81.10.10

Votre pédiatre en ville : .....

Téléphone : . . . . .

Votre médecin traitant : .....

Téléphone : . . . . .

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

A : .....

Terme : .....SA + ..... jour

### DATES DE RDV

3 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

6 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

9 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

12 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

**Pensez à prendre RDV à l'avance.**

#### Tel des consultations Néonate (ligne directe)

- CHU de Rouen : 02.32.88.64.33
- GH du Havre (Monod) : 02.32.73.41.30
- CH du Belvédère : 02.35.15.63.51
- CH de Dieppe : 02.32.14.75.54
- CHI d'Elbeuf : 02.32.96.35.40
- CHI d'Évreux : 02.32.33.86.11
- Clinique Mathilde : 02.32.81.10.10

Votre pédiatre en ville : .....

Téléphone : . . . . .

Votre médecin traitant : .....

Téléphone : . . . . .

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

A : .....

Terme : .....SA + ..... jour

### DATES DE RDV

3 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

6 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

9 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

12 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

**Pensez à prendre RDV à l'avance.**

#### Tel des consultations Néonate (ligne directe)

- CHU de Rouen : 02.32.88.64.33
- GH du Havre (Monod) : 02.32.73.41.30
- CH du Belvédère : 02.35.15.63.51
- CH de Dieppe : 02.32.14.75.54
- CHI d'Elbeuf : 02.32.96.35.40
- CHI d'Évreux : 02.32.33.86.11
- Clinique Mathilde : 02.32.81.10.10

Votre pédiatre en ville : .....

Téléphone : . . . . .

Votre médecin traitant : .....

Téléphone : . . . . .

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

A : .....

Terme : .....SA + ..... jour

### DATES DE RDV

3 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

6 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

9 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

12 mois : ...../...../.....

Dr : .....

Lieu : .....

**Pensez à prendre RDV à l'avance.**

#### Tel des consultations Néonate (ligne directe)

- CHU de Rouen : 02.32.88.64.33
- GH du Havre (Monod) : 02.32.73.41.30
- CH du Belvédère : 02.35.15.63.51
- CH de Dieppe : 02.32.14.75.54
- CHI d'Elbeuf : 02.32.96.35.40
- CHI d'Évreux : 02.32.33.86.11
- Clinique Mathilde : 02.32.81.10.10

Votre pédiatre en ville : .....

Téléphone : . . . . .

Votre médecin traitant : .....

Téléphone : . . . . .

**DATES DE RDV**

**18 mois :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**2 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**3 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**4 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

-----  
**5 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**6 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**7 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**8 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**Notre priorité est le suivi de votre enfant.**

Le suivi peut être fait conjointement entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce calendrier est donné à titre indicatif et peut varier selon le terme de naissance de votre enfant et être modifié par votre médecin tout au long du suivi de votre enfant.

**DATES DE RDV**

**18 mois :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**2 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**3 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**4 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

-----  
**5 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**6 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**7 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**8 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**Notre priorité est le suivi de votre enfant.**

Le suivi peut être fait conjointement entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce calendrier est donné à titre indicatif et peut varier selon le terme de naissance de votre enfant et être modifié par votre médecin tout au long du suivi de votre enfant.

**DATES DE RDV**

**18 mois :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**2 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**3 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**4 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

-----  
**5 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**6 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**7 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**8 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**Notre priorité est le suivi de votre enfant.**

Le suivi peut être fait conjointement entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce calendrier est donné à titre indicatif et peut varier selon le terme de naissance de votre enfant et être modifié par votre médecin tout au long du suivi de votre enfant.

**DATES DE RDV**

**18 mois :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**2 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**3 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**4 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

-----  
**5 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**6 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**7 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**8 ans :** ..... / ..... / .....  
**Dr :** .....  
**Lieu :** .....

**Notre priorité est le suivi de votre enfant.**

Le suivi peut être fait conjointement entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce calendrier est donné à titre indicatif et peut varier selon le terme de naissance de votre enfant et être modifié par votre médecin tout au long du suivi de votre enfant.