

# DOSSIER DE TRANSFERT MATERNEL

Page 1 à faxer/scanner impérativement au RPNA : 05 56 00 99 57 ou [regulperinat@na.mssante.fr](mailto:regulperinat@na.mssante.fr)

**Motif de transfert :** .....

**Terme :** .....

## Identité de la patiente (ou étiquette)

Nom : .....	Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....	Date de naissance : .....

Étiquette  
de la mère

## Demande de transfert

<b>Service demandeur :</b> .....		<b>Service receveur :</b> .....	
Établissement : .....		Établissement : .....	
Service : .....		Service : .....	
Nom du demandeur : .....		Nom du receveur : .....	
Fonction : .....		Fonction : .....	
Tel : .....		Tel : .....	
<b>Date et heure de l'appel</b> .....		<b>Date et heure de départ</b> .....	
<b>Type de régulation</b>	<input type="checkbox"/> RégulPérinat	<input type="checkbox"/> SAMU départemental	<input type="checkbox"/> Équipe service envoyeur
<b>Mode transport</b>	<input type="checkbox"/> SMUR	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Moyens personnels <input type="checkbox"/> Autres
<b>Fiche événement indésirable</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

## Médecins référents

Gynéco. obst. initial : .....	Médecin traitant : .....
Obstétricien à la naissance : .....	Échographiste anténatal : .....
si pathologie, médecin référent : .....	Autre : .....

## Identité du bébé si né (ou étiquette)

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : Heure : .....	Sexe : .....

Étiquette  
de l'enfant

## Situation Familiale

Mariés     Divorcés     Concubins     PACS     Mère isolée     Précarité     Consanguinité

Coordonnées personne de confiance : .....

## Antécédents

### Antécédents maternels

Poids avant grossesse : ..... kg    Taille : ..... cm

Traitements éventuels : .....

Allergies :  oui     non

Précisez : .....

Addictions :  oui     non

Précisez : .....

Antécédents maternels familiaux : .....

Vulnérabilités : .....

### Antécédents paternels

Traitements éventuels : .....

Allergies :  oui     non

Précisez : .....

Addictions :  oui     non

Précisez : .....

Antécédents paternels familiaux : .....

Vulnérabilités : .....

## Antécédents obstétricaux

	Année	Issue grossesse	Terme	Sexe	Poids	Pathologie (grossesse, accouchement, BB)
G1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
G8	.....	.....	.....	.....	.....	.....

## Groupe sanguin (joindre photocopies)

O     A     B     AB    Rhésus :  +     -     Génotypage foetal : .....

RAI :  +     -    Si + : type : .....    dernier taux : ..... µg/L    date : .....

## Sérologies (joindre photocopies)

Toxo :  immunisée     non immunisée    Rubéole :  immunisée     non immunisée    BW :  -     +

AgHBs :  -     +     non fait    HIV :  -     +    Hépatite C :  -     +

Autre : .....

## GROSSESSE ACTUELLE

Date début grossesse : ..... Détermination :  DDR  Écho <13 SA  Écho >13 SA

AMP :  non  induite :  FIV  IAD  IAC  ICSI

## Diagnostic anténatal

Clarté nucale : ..... Pappa-A : ..... HCG : ..... Risque T21 : .....

Staff CPDPN  (joindre photocopies CR) Motif : .....

DPNI  Caryotype  ACPA : résultat ..... (joindre photocopies)

Autre(s) Analyse(s) ..... (joindre photocopies)

## Échographies (joindre photocopies CR)

Date : ..... Terme : ..... SA .....

Date : ..... Terme : ..... SA .....

Date : ..... Terme : ..... SA .....

## Pathologie(s) de la grossesse

**Grossesse multiple**  non  oui

Réduction embryonnaire  non  oui

Nombre de fœtus :

Bichoriale

Monochoriale biamniotique

Monochoriale monoamniotique

Rang de naissance : .....

Sd transfuseur/transfusé  non  oui

**MAP**  non  oui

depuis le : .....

**Hémorragie maternelle**  non  oui

depuis le : .....

Placenta prævia :  non  oui

heure dernier saignement actif : .....

**Portage bactérien**  non  oui  Pas de PV

Strepto B  E. Coli  Infection maternelle autre : .....

**Autre** : .....

**Vasculaire**  non  oui

HTA ancienne

Toxémie

Pré-éclampsie

HELLP

HRP

Éclampsie

Beta-bloquant  non  oui

**RPM**  non  oui

depuis le : .....

**Diabète**  non  oui

DID préexistant

Gestationnel sous régime

Gestationnel insulino-requérant

## Traitements reçus

<b>Corticothérapie</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Nombre d'injections : ..... Date et heure dernière injection : .....	<b>Antibiothérapie</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Nom : ..... Mode administration : ..... Date de début : ..... Date et heure dernière injection : .....
<b>Tocolyse</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui type : ..... Date et heure : .....	<b>Sulfate de Mg</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Date et heure : .....
<b>Rhophylac</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Date : .....	<b>Autre</b> : ..... .....

## Derniers bilans biologiques (joindre photocopies)

RAI : ..... date .....	Acide urique : ..... date .....
Hémoglobine : ..... date .....	CRP : ..... date .....
Plaquettes : ..... date .....	Leucocytes : ..... date .....
Coagulation : ..... date .....	Autres : .....

## AU MOMENT DU TRANSFERT

Heure : .....	
RCF : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal précisez : ..... EPF (date) : .....	
Membranes : <input type="checkbox"/> intactes <input type="checkbox"/> rompues date et heure : .....	
Aspect du liquide : .....	
CU ..... /10 min.	
Dilatation du col : .....	Longueur du col : .....
Traitement en cours (date et heure) : ..... ..... ..... .....	

## ACCOUCHEMENT

<b>Terme :</b> ..... SA + ..... J	<b>date :</b> ..... <b>heure :</b> .....
<b>Travail</b> <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché <b>motif :</b> .....	<b>Liquide amniotique</b> <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Méconial <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> Quantité Normale <input type="checkbox"/> Hydramnios <input type="checkbox"/> Oligo-amnios <input type="checkbox"/> Anamnios
<b>ARCF :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Précisez :</b> .....	<b>Antibioprophylaxie :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Adéquate ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Présentation</b> <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/> Manœuvre de version	<b>Température maternelle à la naissance</b> .....
<b>Mode d'accouchement</b> <input type="checkbox"/> Voie basse <input type="checkbox"/> Voie basse instrumentale <input type="checkbox"/> Spatules <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Forceps <b>motif :</b> ..... <input type="checkbox"/> Césarienne <b>motif :</b> .....	<b>Anesthésie</b> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Péri/rachi <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Morphiniques <input type="checkbox"/> Autre(s) traitement(s) marquant(s)
<b>Difficultés à l'accouchement :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Précisez :</b> ..... ..... .....	<b>Périnée</b> <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> Déchirure simple <input type="checkbox"/> Déchirure compliquée
<b>Délivrance</b> <input type="checkbox"/> Naturelle <input type="checkbox"/> Dirigée <input type="checkbox"/> Artificielle	<b>Pertes sanguines à la délivrance :</b> <b>HPPI</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (joindre feuille de surveillance)

## NAISSANCE

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....	<b>Poids</b> .....
<b>APGAR</b> à 1 min : .....	à 3 min : .....	à 5 min : .....
pH au cordon (artériel) : .....		Lactates : .....
Groupe sanguin : .....		Coombs : .....

## SUITES DE COUCHES et /ou OPERATOIRES MATERNELLES

Traitements post accouchement <input type="checkbox"/> Synto <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Rhophylac <input type="checkbox"/> ATB <b>précisez :</b> .....
Kleihauer : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>date :</b> .....
Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>à enlever le :</b> .....
Reprise mictionnelle spontanée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
1 <sup>er</sup> lever
Allaitement souhaité : <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte

**CHECK-LIST DES PHOTOCOPIES À TRANSMETTRE AVEC CE DOSSIER**

- Groupe sanguin de la mère, RAI
- Génotypage foetal éventuel
- Sérologies maternelles
- Marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre
- CR échographiques
- CR de staff CPDPN et analyses génétiques
- Dossier de suivi de grossesse
- Derniers Bilans biologiques
- Feuille de surveillance si HPPI

