

# 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 demandeur : .....	
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		

## Identité de la patiente (ou étiquette)

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**  oui  non

Réduction embryonnaire  oui  non

Nombre de fœtus :

Bichoriale

Monochoriale biamniotique

Monochoriale monoamniotique

Rang de naissance : .....

Sd transfuseur/transfusé  oui  non

**MAP**  oui  non

depuis le : .....

**Hémorragie maternelle**  oui  non

depuis le : .....

Placenta prævia :  oui  non

heure dernier saignement actif : .....

**Portage bactérien**  oui  non  Pas de PV

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

**Autre** : .....

**Vasculaire**  oui  non

HTA ancienne

Toxémie

Pré-éclampsie

HELLP

HRP

Éclampsie

Beta-bloquant  oui  non

**RPM**  oui  non

depuis le : .....

**Diabète**  oui  non

DID préexistant

Gestationnel sous régime

Gestationnel insulino-requérant

## Traitements reçus

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

