

DOSSIER DE TRANSFERT NÉONATAL

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

Motif de transfert :

Terme de naissance (SA) : Poids de naissance :

Terme au transfert (SA) : Poids au transfert :

Identité de l'enfant (ou étiquette)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Nom : | Prénom : |
| Date et heure de naissance : | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Indéterminé |

Étiquette
de l'enfant

Demande de transfert

| | | | |
|---|---|---|--|
| Service demandeur : | | Service receveur : | |
| Établissement : | | Établissement : | |
| Service : | | Service : | |
| Nom du demandeur : | | Nom du receveur : | |
| Fonction : | | Fonction : | |
| Tel : | | Tel : | |
| Date et heure de l'appel : | | Date et heure de départ : | |
| Type de régulation | <input type="checkbox"/> RégulPérinat | <input type="checkbox"/> SAMU départemental | <input type="checkbox"/> équipe service envoyeur |
| Mode transport | <input type="checkbox"/> SMUR pédiatrique | <input type="checkbox"/> SMUR départemental | <input type="checkbox"/> TIIH (transport infirmier inter hospitalier) |
| | <input type="checkbox"/> Ambulance | <input type="checkbox"/> Moyens personnels | <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Transport médicalisé |
| Fiche événement indésirable | <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 : |

AUTORISATION CONCERNANT DES MINEURS Intervention chirurgicale, examens, transports

Je soussigné : (Père)

Je soussignée : (Mère)

Je soussigné (e) : (Tuteur)

Autorise (ons) les médecins des services de
de l'hôpital

à pratiquer après information, tout acte de soin nécessaire sur la personne de mon enfant mineur (intervention chirurgicale, examen complémentaire, etc.), y compris sous anesthésie générale, ainsi qu'éventuellement tout déplacement dans un autre établissement (pour consultations, transfert ou mutation).

Étiquette
de la mère

| | | | |
|----------------|-----------------------------|------|--------|
| Fait à : | Signatures : Père | Mère | Tuteur |
| Le : | | | |

Coordonnées des parents

| | |
|--|--|
| <p>Mère</p> <p>Nom :</p> <p>Née le :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nationalité/Origine :</p> <p>Profession :</p> <p>Tel/portable :</p> <p>Adresse :</p> | <p>Père</p> <p>Nom :</p> <p>Né le :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nationalité/Origine :</p> <p>Profession :</p> <p>Tel/portable :</p> <p>Adresse (si différente) :</p> |
| <p>Situation familiale : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Concubins <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Mère isolée</p> <p> <input type="checkbox"/> Précarité <input type="checkbox"/> Consanguinité <input type="checkbox"/> Accouchement sous le secret</p> | |

Antécédents

| Antécédents maternels | Antécédents paternels |
|---|---|
| <p>Poids avant grossesse : kg Taille : cm</p> | |
| <p>Traitements éventuels :</p> | <p>Traitements éventuels :</p> |
| <p>Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Précisez :</p> | <p>Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Précisez :</p> |
| <p>Addictions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Précisez :</p> | <p>Addictions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Précisez :</p> |
| <p>Antécédents maternels familiaux :</p> | <p>Antécédents paternels familiaux :</p> |
| <p>Vulnérabilités :</p> | <p>Vulnérabilités :</p> |

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

Sérologies (joindre photocopies)

| | | |
|--|--|---|
| Toxo : <input type="checkbox"/> immunisée <input type="checkbox"/> non immunisée | Rubéole : <input type="checkbox"/> immunisée <input type="checkbox"/> non immunisée | BW : <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + |
| AgHBs : <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> non fait | HIV : <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + | Hépatite C : <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + |
| Autre : | | |

GROSSESSE ACTUELLE

Date début grossesse : Détermination : DDR Écho < 13 SA Écho > 13 SA
 AMP : non induite FIV IAD IAC ICSI

Diagnostic anténatal

Anomalies échographiques
 RCIU non oui percentile :
 Staff CPDPN (joindre photocopies CR)
 DPNI Caryotype ACPA : résultat (joindre photocopies)

Pathologie(s) de la grossesse

| | |
|---|--|
| <p>Grossesse multiple <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>Réduction embryonnaire <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>Nombre de fœtus :</p> <p><input type="checkbox"/> Bichoriale</p> <p><input type="checkbox"/> Monochoriale biamniotique</p> <p><input type="checkbox"/> Monochoriale monoamniotique</p> <p>Rang de naissance :</p> <p>Sd transfuseur/transfusé <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>Si oui, enfant <input type="checkbox"/> transfuseur <input type="checkbox"/> transfusé</p> | <p>Vasculaire <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> HTA ancienne</p> <p><input type="checkbox"/> Toxémie</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-éclampsie</p> <p><input type="checkbox"/> HELLP</p> <p><input type="checkbox"/> HRP</p> <p><input type="checkbox"/> Éclampsie</p> <p>Beta-bloquant <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> |
| <p>MAP <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>depuis le :</p> | <p>RPM <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>depuis le :</p> |
| <p>Hémorragie maternelle <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>depuis le :</p> <p>Placenta prævia : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> | <p>Diabète <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> DID préexistant</p> <p><input type="checkbox"/> Gestationnel sous régime</p> <p><input type="checkbox"/> Gestationnel insulinorequérant</p> |
| <p>Portage bactérien <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Pas de PV</p> <p><input type="checkbox"/> Strepto B <input type="checkbox"/> E. Coli</p> <p>Infection maternelle autre :</p> | <p>Autre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

Traitements reçus

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

ACCOUCHEMENT

| | |
|---|--|
| Travail <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché motif : | Liquide amniotique <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 |
| Mode d'accouchement <input type="checkbox"/> Voie basse <input type="checkbox"/> Voie basse instrumentale <input type="checkbox"/> Spatules <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Forceps motif : <input type="checkbox"/> Césarienne motif : | Anesthésie <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) |
| Présentation <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/> Manœuvre de version | Température maternelle à la naissance |
| ARCF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : | Antibioprophylaxie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Adéquate ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Difficultés à l'accouchement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : | HPPI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Type d'alimentation souhaité : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Artificielle <input type="checkbox"/> Mixte | |

NAISSANCE

| <table border="1"> <thead> <tr> <th>APGAR</th> <th>1 min</th> <th>5 min</th> <th>10 min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cœur</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Respiration</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Couleur</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tonus</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Réactivité</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>FC</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | APGAR | 1 min | 5 min | 10 min | Cœur | | | | Respiration | | | | Couleur | | | | Tonus | | | | Réactivité | | | | TOTAL | | | | FC | | | | Réanimation initiale à min de vie durée : <input type="checkbox"/> Ventilation au masque <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Intubation Sonde Trachéale : n° repère cm à la narine <input type="checkbox"/> MCE : à min durée <input type="checkbox"/> Drogue(s) dose voie dose voie <input type="checkbox"/> Remplissage dose |
|---|-----------------------------------|-------|--------|--------|------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|---|
| APGAR | 1 min | 5 min | 10 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cœur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respiration | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Couleur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tonus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réactivité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pH au cordon (artériel) : | Lactates au cordon : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre avec : <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> l'autre parent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peau à peau avec : <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> l'autre parent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ÉVOLUTION

Voie d'abord VVP KTVO KTPC KTAO Repère du cathéter :

Respiratoire

Surfactant

Dose : mg heure d'administration : 1^{re} dose : 2^e dose :

mode administration : intubation méthode LISA

O₂

Soutien respiratoire : Lunettes HD PPC Nasale Ventilation assistée

Hémodynamique

Stable Instable

Remplissages :

Drogues :

Métabolique

Glycémie capillaire initiale : g/L à min de vie

Glucagon : Dose : Heure :

Perfusion : Soluté : Débit : ml/h

Neurologique

Normal Anormal

Convulsions Traitements :

EDIN : Traitement antalgique :

Sédation (précisez) :

Si encéphalopathie néonatale précoce : Sarnat I II III à heure(s) de vie

Hypothermie : oui non température cible :

Vitamine K1 Orale IV mg

Alimentation et digestif

à jeûn type de lait :

Mode d'administration :

Heure de la dernière alimentation :

Tolérance :

Urines Méconium

Autre

Examens complémentaires

SURVEILLANCE

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
| Heures de vie | | | | | | | | Départ transport |
| F Cœur | | | | | | | | |
| F Resp | | | | | | | | |
| SaO2 | | | | | | | | |
| Temp cut (°C) | | | | | | | | |
| TA S/D (mmHg) | | | | | | | | |
| TA moyenne | | | | | | | | |
| Score silverman | | | | | | | | |
| Mode ventilatoire | | | | | | | | |
| Pmax (cmH2O) | | | | | | | | |
| PEEP (cmH2O) | | | | | | | | |
| T insp (s) | | | | | | | | |
| FiO2 | | | | | | | | |
| pH sanguin | | | | | | | | |
| pCO2 (kPa) | | | | | | | | |
| Base-excès | | | | | | | | |
| Lactates | | | | | | | | |
| Dextro | | | | | | | | |
| EDIN | | | | | | | | |

CHECK-LIST DES PHOTOCOPIES A TRANSMETTRE AVEC CE DOSSIER

- Groupe sanguin de la mère, RAI
- Sérologies maternelles
- CR échographiques si anomalies fœtales
- CR de staff CPDPN et analyses génétiques
- Monitoring RCF si anomalies
- Feuille de surveillance si réanimation
- Bilans biologiques éventuels de l'enfant

