

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

