

# DOSSIER DE TRANSFERT NÉONATAL

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 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

<b>Service demandeur :</b> Établissement : Service : Nom du demandeur : Fonction : Tel :		<b>Service receveur :</b> Établissement : Service : Nom du receveur : Fonction : Tel :	
Date et heure de l'appel :		Date et heure de départ :	
<b>Type de régulation</b>	<input type="checkbox"/> RégulPérinatal	<input type="checkbox"/> SAMU départemental	<input type="checkbox"/> équipe service expéditeur
<b>Mode transport</b>	<input type="checkbox"/> SMUR pédiatrique	<input type="checkbox"/> SMUR départemental	<input type="checkbox"/> TIH (transport infirmier inter hospitalier)
	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Moyens personnels	<input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Transport médicalisé
<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 :

## AUTORISATION CONCERNANT DES MINEURS Intervention chirurgicale, examens, transports

Je soussigné :	(Père)	Étiquette de la mère	
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).			
Fait à :	<b>Signatures :</b>	Mère	Tuteur
Le :	Père		

## Coordonnées des parents

<p><b>Mère</b></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><b>Père</b></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><b>Situation familiale :</b>   <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>	
Traitements éventuels :	Traitements éventuels :
<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>
Antécédents maternels familiaux :	Antécédents paternels familiaux :
Vulnérabilités :	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 :  +    -

 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**

Anomalies échographiques

 RCIU  non    oui   percentile : \_\_\_\_\_

 Staff CPDPN

(joindre photocopies CR)

 DPNI    Caryotype    ACPA : résultat

(joindre photocopies)

**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

 Si oui, enfant  transfuseur    transfusé

**MAP**  non    oui

depuis le : \_\_\_\_\_

**Hémorragie maternelle**  non    oui

depuis le : \_\_\_\_\_

 Placenta prævia :  non    oui

**Portage bactérien**  non    oui    Pas de PV

 Strepto B    E. Coli

Infection maternelle 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 insulinorequérant

**Autre :** \_\_\_\_\_

## 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>

## ACCOUCHEMENT

<b>Travail</b> <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché motif :	<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>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 motif : <input type="checkbox"/> Césarienne motif :	<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>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>ARCF</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :	<b>Antibioprophylaxie</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Adéquate ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Difficultés à l'accouchement</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :	<b>HPPI</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Type d'alimentation souhaité</b> : <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><b>TOTAL</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>FC</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	APGAR	1 min	5 min	10 min	Cœur				Respiration				Couleur				Tonus				Réactivité				<b>TOTAL</b>				<b>FC</b>				<b>Réanimation initiale</b> 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 <input type="checkbox"/> Remplissage _____ dose _____ voie
APGAR	1 min	5 min	10 min																														
Cœur																																	
Respiration																																	
Couleur																																	
Tonus																																	
Réactivité																																	
<b>TOTAL</b>																																	
<b>FC</b>																																	
<b>pH au cordon (artériel) :</b>	<b>Lactates au cordon :</b>																																
<b>Rencontre avec</b> : <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> l'autre parent																																	
<b>Peau à peau avec</b> : <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> l'autre parent																																	



## 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

