DOSSIER DE TRANSFERT MATERNEL

Page 1 à faxer/scanner impérativement au RPNA : **05 56 00 99 57** ou **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

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	☐ RégulPérinat ☐ SAMU départemental ☐ Équipe service envoyeur
Mode transport	☐ SMUR ☐ Ambulance ☐ Moyens personnels ☐ Autres
Fiche événement indésirable	☐ oui ☐ 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	Antécédents paternels
Poids avant grossesse : ..... kg Taille : ..... cm	
Traitements éventuels :	Traitements éventuels : .....
Allergies : ☐ oui ☐ non Précisez :	Allergies : ☐ oui ☐ non Précisez : .....
Addictions : ☐ oui ☐ non Précisez :	Addictions : ☐ oui ☐ non Précisez : .....
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 : ☐ + ☐ - ☐ Génotypage fœtal : .....

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

Vasculaire ☐ non ☐ oui

- ☐ HTA ancienne
- ☐ Toxémie
- ☐ Pré-éclampsie
- ☐ HELLP
- ☐ HRP
- ☐ Éclampsie

Beta-bloquant ☐ non ☐ oui

MAP ☐ non ☐ oui

depuis le : .....

RPM ☐ non ☐ oui

depuis le : .....

Hémorragie maternelle ☐ non ☐ oui

depuis le : .....

Placenta prævia : ☐ non ☐ oui

heure dernier saignement actif : .....

Diabète ☐ non ☐ oui

- ☐ DID préexistant
- ☐ Gestationnel sous régime
- ☐ Gestationnel insulinorequérant

Portage bactérien ☐ non ☐ oui ☐ Pas de PV

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

Autre : .....

.....

Traitements reçus

Corticothérapie ☐ non ☐ oui

Nombre d'injections : .....

Date et heure dernière injection : .....

Antibiothérapie ☐ non ☐ oui

Nom : .....

Mode administration : .....

Date de début : .....

Date et heure dernière injection : .....

Tocolyse ☐ non ☐ oui type : .....

Date et heure : .....

Sulfate de Mg ☐ non ☐ oui

Date et heure : .....

Rhophylac ☐ non ☐ oui

Date : .....

Autre : .....

Derniers bilans biologiques (joindre photocopies)

RAI : ..... date .....

Hémoglobine : ..... date .....

Plaquettes : ..... date .....

Coagulation : ..... date .....

Acide urique : ..... date .....

CRP : ..... date .....

Leucocytes : ..... date .....

Autres : .....

AU MOMENT DU TRANSFERT

Heure : .....

RCF : ☐ normal ☐ anormal précisez : ..... EPF (date) : .....

Membranes : ☐ intactes ☐ rompues date et heure : .....

Aspect du liquide : .....

CU ..... /10 min.

Dilatation du col : .....

Longueur du col : .....

Traitement en cours (date et heure) : .....

.....

.....

.....

ACCOUCHEMENT

Terme : ..... SA + ... J

date : ..... heure : .....

Travail

☐ Absent ☐ Spontané ☐ Déclenché

motif : .....

Liquide amniotique

☐ Clair ☐ Méconial ☐ Autre : .....

☐ Quantité Normale ☐ Hydramnios

☐ Oligo-amnios ☐ Anamnios

ARCF : ☐ oui ☐ non

Précisez : .....

Antibioprophylaxie : ☐ oui ☐ non

Adéquate ? ☐ oui ☐ non

Présentation

☐ Céphalique ☐ Siège ☐ Transverse

☐ Manœuvre de version

Température maternelle à la naissance

.....

Mode d'accouchement

☐ Voie basse

☐ Voie basse instrumentale

☐ Spatules ☐ Ventouse ☐ Forceps

motif : .....

☐ Césarienne

motif : .....

Anesthésie

☐ Aucune

☐ Péri/rachi

☐ Générale

☐ Morphiniques

☐ Autre(s) traitement(s) marquant(s)

Difficultés à l'accouchement : ☐ oui ☐ non

Précisez : .....

.....

.....

Périnée

☐ Intact

☐ Episiotomie

☐ Déchirure simple

☐ Déchirure compliquée

Délivrance

☐ Naturelle ☐ Dirigée ☐ Artificielle

Pertes sanguines à la délivrance :

HPPI ☐ oui ☐ non (joindre feuille de surveillance)

NAISSANCE

Nom ..... **Prénom** ..... **Poids** .....

APGAR à 1 min : ..... à 3 min : ..... à 5 min : ..... à 10 min : .....

pH au cordon (artériel) : ..... Lactates : .....

Groupe sanguin : ..... Coombs : .....

SUITES DE COUCHES et /ou OPERATOIRES MATERNELLES

Traitements post accouchement ☐ Synto ☐ HBPM ☐ Rhophylac ☐ ATB précisez : .....

Kleihauer : ☐ oui ☐ non date : .....

Sonde urinaire : ☐ oui ☐ non à enlever le : .....

Reprise mictionnelle spontanée : ☐ oui ☐ non

1er lever

Allaitement souhaité : ☐ Maternel ☐ Artificiel ☐ Mixte

CHECK-LIST DES PHOTOCOPIES À TRANSMETTRE AVEC CE DOSSIER

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

Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

«Dossier de transfert maternel», réalisé par le RPNA, est sous licence CC BY-NC-ND 3.0
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/