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	Acide urique :	date
Hémoglobine :	date	CRP :	date
Plaquettes :	date	Leucocytes :	date
Coagulation :	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/