

FICHE DE TRANSFERT RESEAU PERINATAL LANGUEDOC-ROUSSILLON

MERE

NOM :
 NOM de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance : __/__/__
 Code postal du domicile : _____

ENFANT

NOM :, Prénom :
 Date de naissance : __/__/__ A __h__min, Sexe :
 Lieu (Etablissement) :
 Age gestationnel : __ SA __jrs, PN _____g, Apgar : __/__/__
 NOM du Père :, Code postal du domicile : _____



S'agit-il d'un : Transfert Rapprochement Familial

PERSONNE QUI ADRESSE LE (LA) PATIENT (E)

Etablissement : Clinique Champeau Béziers., Service :, Tel :

Identité du médecin responsable qui adresse le (la) patient (e) :

Demande de Transfert : acceptée refusée différée

Motif : par la patiente par le médecin demandeur
 pas de place pour l'enfant pas de place pour la mère autre :

Date et Heure de la décision de transfert : __/__/__ A __h__min

Date et Heure du départ du patient: __/__/__ A __h__min

Transporteur : SAMU n° Ambulance Ambulance avec infirmière Rapatriement sanitaire
 Hélicoptère, motif..... Autre transport, préciser :

PERSONNE QUI RECOIT LE (LA) PATIENT (E)

Établissement :, Service :

Identité du médecin responsable qui reçoit le (la) patient (e) :

Date et heure de l'arrivée du patient: __/__/__ A __h__min

Remarque :

Transfert (ou Rapprochement) In Utero : Age au transfert : __ SA __ jours ou Date début grossesse : __/__/__

Motif principal : MAP RPM HTA RCIU
 Malformation Hémorragie génitale Autre :

Rang de grossesse : Grossesse unique Grossesse gémellaire Grossesse multiple :

Corticothérapie : première injection cure complète non

Devenir dans les 24H après l'admission ou le refus de transfert :

Mère : Accouchement Si oui : Date __/__/__ Heure : __h__min

Voie: basse césarienne en urgence césar. programmée

Hospitalisation pour surveillance dans le secteur

Autre :

Enfant : A la naissance : Age gestationnel : __ SA __ jours

J1 : Poids : _____g Apgar : __/__/__ **J2** : Poids : _____g Apgar : __/__/__

Intubation : non oui Intubation : non oui

hospitalisé en néonatalogie resté en maternité hospitalisé en néonatalogie resté en maternité

Transfert (ou Rapprochement) post-natal : Age au transfert: __ Jours et __ Heures de vie, Poids du jour : _____g

Respiration : Spontanée Lunettes nasales CPAP/IF Ventilation assistée Surfactant FiO2 : __%

Perfusion : Aucune VVP KTVO KTEPC

Pathologies : Cardiaque : _____ Digestive : _____ Neurologique : _____

Respiratoire : _____ Malformation : _____ Risque infectieux ou IMF

Hypoglycémie Hypotrophie Autre : _____

Devenir dans les 24H après l'admission ou le refus de transfert :

Respiration : Spontanée Lunettes nasales CPAP/IF Ventilation assistée Surfactant FiO2 : __%

Perfusion : Aucune VVP KTVO KTEPC

Diagnostic posé :