

Transfert précédé d'un appel au CROP :  Oui,  Non

Code n° :

## 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 Montreal Carcassonne., 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 : .....

GARDER UNE COPIE PUIS FAXER AU CROP : 04-67-33-62-28 MERCI