



FICHE DE TRANSFERT DE NOUVEAU-NE

Nom de l'établissement transférant :

Nom du médecin demandeur :

Pédiatre ayant pris en charge l'enfant avant transfert:.....

Date et heure de la demande :

Nom de l'établissement receveur :

Nom du médecin contacté pour accord :

Motif principal de transfert :

régulateur SAMU contacté :

date et heure de départ :

mode de départ : SAMU ambulance / VSL
 hélico avion

Personne accompagnante :

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom :

prénom :

sexe :

date de naissance :

IDENTIFICATION DE LA MERE (ou étiquette):

Nom :

prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone valide :

Personne à prévenir en cas d'urgence : nom :

DU PERE

nom :

Prénom.....

téléphone :

numéro de téléphone :

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

Antécédents :

personnels :

Familiaux :

Obstétricaux :

Grossesse :

Parité :

DDR :

date prévue d'accouchement :

Echographie précoce confirmant cette date : oui à SA

non

groupe sanguin :

électrophorèse de l'hémoglobine :

	1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre
- toxo : IgG/IgM avidité			
- rubéole			
- syphilis			
- HIV			
- Ag Hbs/Ac Hbc/ Ac Hbe/charge virale	/	/	/
- HCV			
- HTLV1			
- CMV			
Autre :			

Echographies :

.....

.....

.....

.....

Traitements administrés : posologie, indication : (à signaler pré-éclampsie, maturation pulmonaire et date, malformations...):

ACCOUCHEMENT :

- heure de naissance : **TERME :**
- rupture de la poche des eaux : le ... à ... h ...
- travail : absent spontané déclenché pour
- présentation : céphalique siège complet décomplété face autre :
- voie : basse césarienne pour :
- analgésie : péridurale AG autre :
- manoeuvres ostétricales : pour :
- annexes :
 - placenta :
 - cordon :

Résumé de l'accouchement (traitements administrés, risque infectieux)

Apgar : 1 minute 3 minutes 5 minutes 10 minutes
Poids : taille : PC :

REANIMATION : oui non

- si oui par : sage-femme obstétricien pédiatre anesthésiste autre :
- Ventilation au masque aspiration sous laryngoscope
- Intubation trachéale à quelle minute de vie :
- Ventilation sur tube trachéal massage cardiaque PPC nasale, durée (min) :
- Médicaments : adrénaline intra trachéale intraveineuse
- Autre injection :
- Glycémie : lactates ou gaz du sang :

MOTIFS DU TRANSFERT :

- Prématurité malformation suspicion infection grave réanimation cardio-respiratoire
- Détresse respiratoire SFA RCIU sévère trouble neuro trouble hémodynamique
- Trouble biologique, précisez..... autre

MOMENT DU TRANSFERT :

- A la sortie de salle de naissance après séjour en néonatalogie niveau 1 ou 2
- Après séjour en maternité

PIECES JOINTES :

- Carte d'identité ou passeport de la mère autorisation de soins signée autre :
- Résultats derniers bilans dossier médical ou compte-rendu d'hospitalisation
- Si grossesse non suivie 2 tubes de 10ml de sang maternel

DEVENIR DE LA MERE :

- Transfert simultané ou rejoindra ultérieurement oui non hébergement organisé : oui non

REFUS DE TRANSFERT motif : nom de la personne
Devenir de l'enfant :

Si refus de transfert fiche à archiver après en avoir envoyé un double par mail au réseau PERINAT : reseaperinatguyane@gmail.com