



FICHE DE TRANSFERT IN UTERO
 Ce document doit impérativement suivre la patiente lors du transfert

Clinique Véronique/Centre de Santé Guyanais
 (Cayenne) : 0594 28 10 10
 CHK (Kourou) : 0594 32 76 35
 CHOG (Saint-Laurent du Maroni) : 0594 34 88 88
 CHAR (Cayenne) : 0594 39 50 50

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom : Ou
 Prénom :
 Date de naissance :

Étiquette patient

Personne à prévenir : Nom : N° téléphone :

Information de la patiente du transfert : Oui Non (pourquoi :)
 Consentement de la patiente : Oui Non (pourquoi :

GROSSESSE ACTUELLE Grossesse simple Grossesse gémellaire Grossesse triple

Terme: sa +..... Jours le/...../.....

TRANSFERT **Motif du transfert :**

Date et heure de la demande :/...../20..... àh....

Établissement demandeur :
 Médecin du service demandeur :
 Nom :
 Fonction :
 N° de poste :

Établissement receveur :
 Médecin du service receveur :
 Nom du médecin contacté :
 Fonction :
 Pédiatre du service receveur avisé Oui Non

Issue de la demande :
 Acceptée Refusée (motif du refus :
)
 Si refus de transfert fiche à archiver et à adresser par mail
 au réseau PERINAT (reseauperinatguyane@gmail.com)

Maternel MAP
 RPM (le..../...../20..... àh.....)
 HTA isolée
 Pré-éclampsie
 Rapprochement du domicile
 Autre (préciser.....)

Foetal RCIU
 Malformation (préciser.....)
 Autre (préciser.....)

Degré d'urgence : Très urgent Urgent À programmer

Véhicule personnel
 Pompiers
 Ambulance (non médicalisée)

Mode de transport : Ambulance (ambulanciers+IDE)
 Assis SAMU (transport terrestre)
 Couché SAMU (transport aérien : hélicoptère)

Poids patiente.....kg Avion

TRAITEMENT REÇU OU EN COURS

Nom du médicament	posologie	Date de début

Corticothérapie : Oui Non
 Nombre d'injections : 2
 1 (...../...../20..... àh.....
 de la dernière injection)
 Nombre total de cures :

PIÈCES A JOINDRE (si non jointe, justifier)

Justificatif de domicile (si EVASAN envisagée)
 Pièce d'identité de la patiente (en cours de validité)
 Si patiente mineure autorisation parentale de soins
 Attestation de sécurité sociale / CMU /AME
 Carnet de suivi de grossesse

Photocopies

Dossier
 Bilans sanguins/Résultats de sérologie
 Carte de groupe sanguin
 Échographies
 Autres examens complémentaires

EXAMEN CLINIQUE AVANT TRANSFERT

Évolution de l'examen clinique maternel qui contre-indique le transfert : Non Oui (préciser.....)
 Évolution de l'état fœtal qui contre-indique le transfert : Non Oui (préciser.....)

DATE ET HEURE DE DÉPART : LE/...../..... àH.....