



FICHE DE TRANSFERT POST NATAL DE LA MERE

IDENTIFICATION DE LA MERE (ou étiquette)

Nom : Adresse :
 prénom : téléphone
 Date de naissance : gestité : parité :
Personne à prévenir en cas d'urgence : nom : téléphone :

TRANSFERT

Etablissement demandeur : numéro de poste :
 Nom du médecin demandeur : date et heure d'appel : signature :

Etablissement destinataire :
 Nom de l'obstétricien contacté : Le cas échéant nom du réanimateur contacté :

Mode de transport : ambulance pompiers véhicule personnel hélico (poids de la patiente.....kg) avion
 Niveau de médicalisation : SAMU paramédical
 Date et heure de départ :

Motif de transfert :

- Rapprochement mère – enfant
- Pathologie maternelle nécessitant une surveillance accrue :
- Admission : en réanimation en maternité autre :

Modalité d'accouchement : voie basse césarienne, cause

Délivrance : normale DARU RU si hémorragie perte de sang estimée :
 Périnée : intacte épisiotomie déchirure simple déchirure compliquée ou complète
 Mode d'allaitement souhaité : maternel artificiel
 Histoire de la maladie, gestes pratiqués :

Traitements reçus après l'accouchement ou en cours

Nom du médicament	posologie	motif	Date de début	Date prévue de fin

Devenir de l'enfant :

- Est déjà présent au CHAR, service
- Est arrivé avec la mère sera hébergé
- Est resté dans son établissement de naissance

Pièces à joindre (si non jointe justifier)

- Pièce d'identité de la patiente attestation de sécurité sociale / CMU / AME
- Si patiente mineure et transfert en réanimation, autorisation parentale d'opérer de transférer d'endormir

Photocopies du dossier des bilans sanguins
 De la carte de groupe sanguin

ISSUE DE LA DEMANDE

acceptée refusée Motif du refus :

- devenir de la patiente :

- Si refus de transfert fiche à archiver après en avoir envoyé un double au réseau PERINAT (fax 05 94 35 54 37)