

DOSSIER COMMUN DE TRANSFERT NEONATAL

DATE DU TRANSFERT:

MOTIF du TRANSFERT

ENFANT

NOM:

PRENOM:

DATE de NAISSANCE:

HEURE de NAISSANCE:

ADRESSE:

LIEU de NAISSANCE:

TELEPHONE:

NOM du PERE:

ETABLISSEMENT A L' ORIGINE DU TRANSFERT

Etablissement:

Pediatre:

Obstétricien responsable du suivi:

Responsable de l'accouchement:

MERE

NOM:

N de JF:

PRENOM:

Gestité:

Parité:

Groupe/Rhésus:

Date de Naissance:

Poids avt la G:

Taille:

ATCD obstétricaux notables:

ATCD médico-chirurgicaux:

GROSSESSE

Terme: SA + Jours

PMA: oui non

Transfert materno-fœtal: oui non

Indication du TMF :

si oui: Date:

Obstétricien transféreur:

Corticothérapie: non

oui Dates:

Autres traitements:

Sérologies:

Ag HBs*:

Toxo:

Rubéole:

HIV:

Syphilis:

Hépatite C:

Prélèvement vaginal:

Date:

Résultats:

Pathologies de la grossesse:

Pathologies fœtales:

* l'absence de résultats avant H4 implique l'injection de 200 UI d'Ig spécifiques chez le nné.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Rupture des membranes:

Date et Heure:

Aspect du liquide:

Traitement pendant le travail:

Si antibiotiques, nombre d'injections: 1 seule \geq 2

Hyperthermie maternelle pdt le travail ($\geq 38^\circ$ C): Oui Non

Modalités d'anesthésie:

Rythme cardiaque fœtal:

Si voie basse:

Si césarienne → Indication:

 Durée de la dilatation:

 Durée de l'expulsion:

 Nature des interventions:

Anomalies du cordon:

Présentation:

Anomalies du placenta:

A LA NAISSANCE

Poids de naissance:

Vit K administrée: oui non

Apgar à 1 mn, 5 mn, 10 mn:

FC à 1 mn de vie > 100 < 100 : combien

Durée de la ventilation au masque:

MCE:

Intubation à mn de vie

Adrénaline IT:

Prélèvements réalisés au sang du cordon:

Liquide gastrique prélevé: oui non (nom du laboratoire si besoin)

Allaitement maternel: oui non

REMARQUES
