



Date :/...../.....

Horaires : Demande transfert :H..... Départ patiente :H..... Arrivée patiente :H.....

Etablissement demandeur	Etablissement receveur demandé
CH.....	CH.....
Service	Service
Dr.....	Dr.....
N° poste	N° poste
N° fax	N° fax

Régulateur : Dr..... (SAMU 21 58 71 89)

Identité de la patiente

Nom: Prénom :

Date de naissance :/...../..... Poids :

(Ou étiquette)

Motif du transfert

- 1- Menace d'accouchement prématuré (MAP) sans Rupture Prématurée des Membranes (RPM)
- 2- RPM avec ou sans MAP 3- Placenta Prævia 4- Pré-éclampsie
- 5- Hémorragie post-partum 6- Autre

Degré d'urgence

<1h < 4h < 12h < 24h

Bilan de la Conférence Tripartite

TIU autorisé oui non

Centre receveur : Demande initiale Réorientation

Organisation du TIU : Satisfaisante Non satisfaisante (pourquoi)

Mode de transport

- Hélicoptère SMUR SMUR Terrestre Ambulance simple
- Autre



Penser à transmettre, avec la patiente :

- Carte de groupe sanguin RAI Bilan biologique complet Copie ERCF

Merci d'adresser une copie au Réseau Périnatal de Bourgogne

4, bd Maréchal de Lattre de Tassigny 21000 DIJON

Fax : 03.80.28.12.82 Email: perinatalite@chu-dijon.fr



DEMANDE DE TRANSFERT MATERNEL EN BOURGOGNE

Antécédents maternels :

Anamnèse et Examen clinique

Terme : SA+j **DG :**/...../..... **Gestité/Parité :**/.....
Grossesse : unique multiple : Chorionicité :
Pouls (♥>120) : **PA** (♥<80 ou >160) :/(♥>110)..... **FR** (♥>30) : **T° :**
Diurèse :ml **Protéinurie :**
Signes neurologiques **ROT vifs ou poly cinétiques**
Toucher vaginal : **Col :**mm
RPM (date et heure :) **Fibronectine :** positive négative non réalisée
Echographie : (date du dernier examen:)
Quantité LA :mm **Insertion placentaire :** Non bas incéré Bas incéré
Présentation : céphalique siège transverse **Poids fœtal estimé** (biométrie <7jours):g
Interprétation ERCF (*copie à transmettre*) : normale Intermédiaire Pathologique

Conditionnement

Respiratoire : Intubée Spontanée **Conscience :** Normale Inconsciente Glasgow :
Sonde urinaire **VVP** (Nombre :)
Pousse seringue (Nombre :)

Bilan

Réalisé : NFS TP, TCA Fib RAI Iono Hépatique Détermination groupe Rh Autres
Heure prélèvement :H..... **Résultats anormaux :**
Bilan en cours : Biologie Bactério RAI Détermination groupe Rh Autre :

Traitement

Médicaments / Solutés	Heure administration	Posologie et Débit
BétaméthasoneH.....	Posologie :
H.....	Posologie : Débit :
H.....	Posologie : Débit :
H.....	Posologie : Débit :

Partie libre

Merci d'adresser une copie au Réseau Périnatal de Bourgogne

4, bd Maréchal de Lattre de Tassigny 21000 DIJON

Fax : 03.80.28.12.82 Email: perinatalite@chu-dijon.fr