|  |
| --- |
| **Demande de transfert néonatal** |
| Maternité ou Service de Néonatalogie de : Nom du médecin senior pédiatre demandeur Nom du médecin senior accoucheur : Date de la demande :Heure de la demande : |
| **Service appelé**  |
| Service de Néonatalogie / soins intensifs / réanimation de : Nom du médecin senior receveur :  |
| **Enfant** |
| Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : M FDate de naissance :Heure de naissance :Lieu de naissance :Age gestationnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poids de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gApgar à 1 min \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apgar à 5 min \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Amamnèse** |
| **Prise en charge de l’enfant dans le service demandeur** |
| **Corticothérapie anténatale**: OUI NONSi oui : 1. Molécule - dosage :
2. Date et heure de la cure :

**Gestes techniques :** Cathéter voie ombilicale : OUI NON Voie veineuse périphérique : OUI NON Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Intubation : OUI NON Ventilation non invasive : OUI NON FIO2 : OUI NON **Antibiotiques :**  OUI NON Traitement  / dosage:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Autres traitements mis en place**:**Autres transmissions :** |
| **Mère:** NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tube prélevé (1 tube EDTA)  : OUI NON |
| Accord pour le transfert : OUI1 NON 2 |
| **1 – Organisation du transfert** |
| Régulation SAMU : OUI NON Type de transport : SMUR régional Médicalisé TIIH TSAEquipe de transfert (préciser Nom / Fonction):1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :heure de départ :Heure d’arrivée sur site demandeur:Heure de départ du site demandeur :Heure d’arrivée sur site receveur : |
| **2 – Refus du transfert : *(Préciser le motif et conseils donnés au demandeur)*** |