|  |
| --- |
| **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 F  Date de naissance :  Heure de naissance :  Lieu de naissance :  Age gestationnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poids de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_g  Apgar à 1 min \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apgar à 5 min \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Amamnèse** |
| **Prise en charge de l’enfant dans le service demandeur** |
| **Corticothérapie anténatale**: OUI NON  Si 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 TSA  Equipe 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)*** |