|  |  |
| --- | --- |
| logoRPLnew | ***Fiche à joindre aux documents du transfert, ainsi les documents nécessaires : écho, carte GS, résultats examens, …*** |
| ***DEMANDE DE TRANSFERT MATERNO-FŒTAL******à remplir pour tous transferts par le demandeur*** |
| Médecin demandeur Nom : ………………………..Fonction : …………………..Etablissement :……………………………………………….. | Identification Patiente : Nom ……………………………………………… Nom de Jeune Fille ………………………………*Ou coller étiquette*  Prénom ………………………………………….. Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date et heure d’appel | **Date : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_\_**  |
| Etablissement sollicité | **Médecin Receveur** *Nom, fonction,*  |
| Motif du transfert |  |
|  Oui NonVisite pré-anesthésique [ ]  [ ] (compte-rendu à joindre) Oui NonCorticothérapie [ ]  [ ] Par : ………………… Dose : ………… Date : \_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_ Heure : \_\_\_ :\_\_\_Date : \_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_ Heure : \_\_\_ :\_\_\_ | Terme estimé : |\_\_\_|\_\_\_| SA |\_\_\_|\_\_\_| jours**Poids fœtal estimé** : J1 : …………… J2 : ………… J3 : ………….. |
| **Transfert** *Si SAMU / SMUR : joindre leur fiche.***Document transmis :** Copie dossier jointe, dont :Echo [ ]  Doppler [ ]  RCF [ ]  Toxo [ ]  Rubéole [ ]  CMV [ ] HIV [ ]  HVC [ ]  HBS [ ]  | Accepté : Date et heure de départ …………….……………….……………………Différé : Motif………………………………………………………….... Date et heure de départ …………….……………….……………………**Appel centre 15 ou SAMU**   **Non Oui****Modalité prévue :** **VSL Ambulance SMUR** ou **SAMU Hélico Autre** …………………………**Médicalisation :** **Non prévue Médecin Sage-femme**nom: Refusé : Motif……………………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Accouchement ou Chirurgie imminente prévisible** |  Prélevé Résultat Joint Prélevé Résultat Joint  GS rhésus [ ]  [ ]  NFS [ ]  [ ]  RAI [ ]  [ ]  Crase [ ]  [ ]  |  |
| Transfert pour: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ Heure  \_\_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_\_  |
| ***Antécédents*** |
| ***Résumé obstétrical*** |
| ***Traitement***  |
| Examens complémentaires |
| **Bilan Biologique au départ** Cocher si résultats joints lors du transfert **NF ECBU**   **PCR**: ……….….mg/l **Flore vaginale** **Autre :**  |
| **Echo :** |