|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 Non  Visite pré-anesthésique  (compte-rendu à joindre)  Oui Non  Corticothérapie  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 :** | | |