|  |  |
| --- | --- |
| le \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  **Information donnée par :** | Repères patiente *(le document faxé doit rester anonyme)* Age de la patiente transférée  Age gestationnel : |
| Admission **Etablissement d’Origine**  **Médecin demandeur** | **Date : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_** **Heure : \_\_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_\_** |
| **Hospitalisation**  Secteur : …………….Ch……  Tel. : ………………………….  Médecin Responsable : …..  ……………………………….. | **Situation clinique à 24h post transfert** |
| **Accouchement**  Secteur  d’Hospitalisation:  ……………………………...  Tel. : …………………….… | **date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_** **Heure : \_\_\_\_ :\_\_\_\_**  VB spontanée Déclenchement Césarienne  Motif ………………………………………………………………………..…  ……………………………………………………………………….……….. |
| Enfant **Naissance :** | Garçon Fille né vivant mort né  Poids |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|  Hospitalisé néonat. En maternité près de sa mère |
| Si J2 **Naissance :** | Garçon Fille né vivant mort né  Poids |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|  Hospitalisé néonat. En maternité près de sa mère |
| Notes complémentaires | |