|  |  |
| --- | --- |
|  le \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_**Information donnée par :** | Repères patiente *(le document faxé doit rester anonyme)* Age de la patiente transféréeAge 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 |