| | |
|---|---|
| ***Etablissement qui adresse le fax :*** | ***Etablissement destinataire du fax :*** |

# INFORMATIONS APRES TRANSFERT MATERNO-FŒTAL A H24

| | |
|---|---|
| **Le** ____ /____ / 20____<br>**Information donnée par :**<br>_____ | **Repères patiente** *(le document faxé doit rester anonyme)*<br>Age de la patiente transférée : _____<br>Age gestationnel : _____ |
| **Admission :**<br>**Etablissement d'Origine :**<br>**Médecin demandeur :** | **Date :** ____ /____ / 20____ **Heure :** ____ : _____<br>_____<br>_____ |
| **HOSPITALISATION**<br>Secteur : _____ Ch : _____<br>Tél. : _____<br>Médecin Responsable :<br>_____ | **Situation clinique à 24h post transfert :** |
| **Avis obstétrico-pédiatrique : (PREMEX)** | **Prise en charge proposée de l'enfant :**<br>☐ Impossible ☐ Déraisonnable ☐ Raisonnable ☐ Systématique<br>**Parents en accord avec la proposition :** ☐ Oui ☐ Non<br>Précisions : _____ |
| **ACCOUCHEMENT**<br>Secteur : _____<br>Tél. : _____ | **Date :** ____ /____ / 20_____ **Heure :** ____ : _____<br>☐ VB spontanée ☐ Déclenchement ☐ Césarienne<br>Motif : _____ |

| | | |
|---|---|---|
| **ENFANT**<br>**Naissance :** | ☐ Garçon ☐ Fille<br>☐ né vivant ☐ mort-né<br>☐ Poids : _____ | ☐ Hospitalisé néonat.<br>☐ En maternité près de sa mère |
| **Si J2**<br>**Naissance :** | ☐ Garçon ☐ Fille<br>☐ né vivant ☐ mort-né<br>☐ Poids : _____ | ☐ Hospitalisé néonat.<br>☐ En maternité près de sa mère |

**Notes complémentaires :**