



**DEMANDE DE TRANSFERT NEONATAL**  
Cellule de régulation périnatale

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Etablissement demandeur :  
 Médecin demandeur :  
 Nom de naissance de la mère :  
 Prénom de la mère :

Nom de l'enfant :  
 Prénom de l'enfant :  
 Date et heure de la naissance :  
 Date et heure de la demande :

**MOTIF d'APPEL et de TRANSFERT** : .....

**ATCD médicaux et obstétricaux de la mère** : .....

Pathologie de la grossesse  oui  non .....  
 Hospitalisation au cours de la grossesse  oui  non .....

**Accouchement et naissance** : Age gestationnel : .....SA et ....jours Poids de naissance : .....g

- APGAR : ..... / ..... / .....
- Contexte infectieux : fièvre maternelle  oui  non RPM  oui  non Si oui, date : .....
- Corticothérapie anténatale :  oui  non si oui ; dates : .....
- Anomalies du RCF :  oui  non, si oui, lesquels ..... Liquide amniotique : .....
- Présentation : .....Extraction instrumentale  oui  non
- Césarienne :  oui  non, si oui, anesthésie Générale  Péridurale  Rachianesthésie

**Examen clinique du nouveau-né, mise en condition, paraclinique** :

	<b>Clinique</b>	<b>Conditionnement</b>	<b>Paraclinique</b>
<b>Respiratoire</b>	Symptômes : ..... ..... .....	FiO2 : .....% O2 simple <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Ventilation invasive <input type="checkbox"/>	<b>Thorax</b> : ..... <b>Gazométrie</b> : pH.....pCO2...
<b>Cardio-vasculaire</b>	FC : ..... PA : ..... <b>Coloration</b> : .....	Remplissage : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Inotropes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	
<b>Neurologique</b>	Hyperexcitable <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> <b>Convulsions</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Normal <input type="checkbox"/>	Traitement : ..... ..... .....	pH..... lactates.....
<b>Autres</b>			
<b>Température</b>	.....	Couveuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Glycémie</b>	Valeur en mmol/l .....	Voie d'abord : <input type="checkbox"/> KTVO <input type="checkbox"/> VVP Perfusion <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Soluté : ..... .....

Nombre d'établissements contactés :  1  2  3  Sup 3

Etablissement receveur : ..... **Date et heure de l'accord** : .....

**TRANSPORT** : Vecteur utilisé : Médicalisé :  oui  non Hélico :  oui  non

**Heure de départ de l'enfant** : .....