

## Annexe 1 : DEMANDE DE TRANSFERT MATERNO-FOETAL

Date et heure de la demande : Cellule de régulation : oui    non  
 Etablissement demandeur : Tél direct :  
 Médecin demandeur : E-mail :  
 Le cas échéant : Gynéco-obstétricien référent : Fax :

### MOTIF DE TRANSFERT

	Terme :	G    P
	DDG :	

*Ou Etiquette*

Nom de la patiente : Prénom :  
 Nom d'épouse : ou    Nom du conjoint :  
 DDN : Age :  
 Adresse :

Téléphone personnel :

Nom et téléphone d'une personne à prévenir :

**Consentement de la patiente au transfert :**    oui    non    impossible à obtenir

### A. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents obstétricaux			Antécédents médicaux Antécédents chirurgicaux
Détail Gestité / Parité :			
Utérus cicatriciel	oui Détails :	non	
Antécédent accouchement prématuré	Si oui, terme, poids, et étiologie :	non	
Antécédent fausse couche tardive	Si oui, terme, poids, et étiologie :	non	
Antécédent MFIU	Si oui, terme et étiologie :	non	
Autres :			<b>Allergies</b>

Grossesse actuelle	
Singleton / jumeaux / triple	Groupe - Rh
PMA oui non type :	RAI
DDG certain (écho précoce) incertain	Syphilis
Toxiques : tabac cannabis alcool autres :	Toxoplasmose
Suivi D3P (précarité / psychologique) oui non	Rubéole
	HIV
Antécédent herpès génital oui non	Ag HBS
Grossesse marquée par :	Hép C
- Diabète gestationnel oui non insulino-réquant oui non	
- Hospitalisation :	Risque HT21
	HGPO
- Autre :	PV strepto B

[Texte]

**B. ANAMNESE / HISTOIRE DE LA MALADIE**

**C. DONNEES CLINIQUES :** colonne à remplir en fonction du motif du transfert

Pression Artérielle :

Pouls :

Température :

MAP			RPM			Pré-éclampsie				
CU ressenties	oui	non	Date et heure de la rupture :			SF HTA :				
douloureuses	oui	non								
Métrorragies	oui	non	Amnisure positif douteux							
Cervicométrie		mm	Cervicométrie			mm	Métrorragies		oui	non
TV			TV					Protéinurie : BU ou Rapport P/C ou Protéinurie des 24h		
			LA	clair	teinté			TTT anti HTA : non oui per os : oui IV :		
Fièvre ou contexte infectieux oui non			Fièvre ou contexte infectieux oui non					EPF : Date : RCIU : oui non		
CRP			Liquide : normal oligoamnios anamnios					Uricémie Hémoglobine Plaquettes ASAT ALAT Coagulation		
PV :	ou en attente		CRP Leucocytes							
ECBU :	ou en attente		Tachycardie fœtale			oui	non			

RCIU			Métrorragies / Placenta Praevia			
< 3èp	<10èp		Métrorragies : Traces / Modérées / Abondantes			
EPF			Stabilité hémodynamique		oui	non
			Placenta recouvrant		oui	non
Oligoamnios	oui	non	Utérus cicatriciel		oui	non
DO pathologique	oui :	non :	Suspicion accreta		oui	non nsp
DC pathologique	oui :	non :				
Contexte étiologique : toxémie / infectieux / toxiques			<b>Hémoglobine ou Hemocue</b>			
Dossier suivi en diagnostic prénatal			oui	non	Plaquettes :	
			TP	TCA	Fibrinogène	
Caryotype normal / en attente						

Pathologie maternelle	Pathologie fœtale		
Chirurgie néonatale à prévoir		oui	non

Autres renseignements cliniques

**D. ECHOGRAPHIES**

- T1 normale anormale : CR ci-joint oui non
- T2 normale anormale : CR ci-joint oui non
- T3 normale anormale : CR ci-joint oui non

[Texte]

- Autres échographies : CR ci-joint oui non

Echographie récente ou précédent le transfert : détail ci-dessous ou CR à joindre

Date : Terme : EPF :  
Présentation : Vitalité fœtale :  
Liquide amniotique : Localisation placentaire : DO :  
Autre :

### E. BIOLOGIE

Dernier bilan à détailler ou à fournir :

Les examens prélevés en cours de grossesse (sérologies obligatoires) sont à fournir

### F. MONITORING

Analyse RCF :

Activité utérine :

**SI CRITERES DE NORMALITE DU RCF NON REMPLIS, FAXER LE RCF  
POUR OBTENIR UNE AUTORISATION DE TRANSFERT DE L'ETABLISSEMENT RECEVEUR**

### G. Le cas échéant : CORTICOTHERAPIE / CELESTENE®

1<sup>ère</sup> cure : injections le ..... et le ...../..... / ..... à .....h..... IM IV  
2<sup>ème</sup> cure : injections le ..... et le ...../...../..... à .....h.....

### H. TRAITEMENTS EN COURS

-  
-

### I. RESPECT DES CONTRE INDICATIONS AU TRANSFERT

INSTABILITE HEMODYNAMIQUE		HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE	
HEMORRAGIE NON CONTROLEE		ACCOUCHEMENT IMMINENT	
TROUBLES DE COAGULATION MAJEURS		ANOMALIES DU RCF	
PREECLAMPSIE COMPLIQUEE		EXTRACTION URGENTE NECESSAIRE	
CRISE D'ECLAMPSIE EN PRE PARTUM			

### J. DEPART DE LA PATIENTE

Transport Terrestre : SAMU Ambulances Aérien	Heure de départ :
	TV selon contexte :
Traitement pendant le transport	PA : Pouls :
	Etat clinique :
Nom et signature Médecin demandeur :	RCF au départ :
	Signalement à l'établissement receveur d'un risque de césarienne dès l'arrivée : oui non
Nom et signature Sage-femme :	