FICHE DE MUTATION INFIRMIERE

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Hôpital Archet II
151, route Saint Antoine de Genestière
BP 3079
06202 NICE Cedex 3

Réanimation médicale néonatale

Responsable d'unité : Dr CASAGRANDE
Service : 04.92.03.64.39
Cadre de santé : 04.92.03.64.26

Néonatalogie

Responsable d'unité : Dr MAILLOTTE
Service : 04.92.03.64.38
Cadre de santé : 04.92.03.64.37

Secrétariat : 04.92.03.63.35
Fax : 04.92.03.65.70

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE L'ENFANT

Numéro de téléphone des parents :

Père : ……/……/……/……/…..

Mère : ……/……/……/……/…..

Adresse :

……
……
……

2. DESCRIPTION DE LA MUTATION

- Date de la mutation : ……/…../……
- Puéricultrice responsable de la mutation : ……
- Lien téléphonique préalable de PDE à PDE avant la mutation : □ OUI □ NON
- Motif de la mutation : □ Rapprochement familial
  □ Autre :……
- Visite préalable des parents de l'unité d'accueil : □ OUI □ NON
- Les parents sont prévenus du transfert : □ OUI □ NON
- Les parents attendent l'enfant à l'arrivée : □ OUI □ NON

3. PIECES FOURNIES POUR LA MUTATION

- Carnet de santé : □ OUI □ NON
- Bracelets d'identité : □ OUI □ NON
- Photocopie des prescriptions médicales : □ OUI □ NON
- Feuille de résumé de soins infirmiers : □ OUI □ NON

4. RESUME DE L'HOSPITALISATION

Terme de naissance : ……SA Age corrigé : ……SA
Durée d'hospitalisation :…….
Poids de naissance :……..g Poids ce jour : ……g

Contexte d'entrée :
……
……
……

Diagnostics infirmiers	Actions

- Guthrie fait le : ……/……/……
- Dépistage auditif : □ PEA O D : □ + □ –
  □ OEA O G : □ + □ –
- **Environnement/ appareillages**

Environnement	**Couveuse** Du ……/……/…… au ……/……/……	**Lit chauffant** Du ……/……/…… au ……/……/……	**Lit** Du ……/……/…… au ……/……/……
Respiration	**Intubation** Du ……/……/…… au ……/……/……	**CPAP** Du ……/……/…… au ……/……/……	**Opti Flow** Du ……/……/…… au ……/……/……
Voie d'abord	**KTVO** Du ……/……/…… au ……/……/……	**KTEC/KTC** Du ……/……/…… au ……/……/……	**VVP** Du ……/……/…… au ……/……/……
Alimentation	**SNG** Du ……/……/…… au ……/……/……		
Autres			

5. ALIMENTATION

□ Non alimenté

□ Allaitement maternel, si oui cf Feuille de mutation allaitement maternel

□ Protocole d'alimentation
- Date de début : ……./……/……
- Quantité de lait : ……../H24
- P……. /8
- Participation des parents à la prise des biberons □ OUI □ NON
- Complément du biberon à la « seringue manuelle » □ OUI □NON

□ Nutrition entérale : □ NEDC
□ NEDD : □ sur 30 min □ sur 1h00
□ sur 1h30 □ sur 2h00

Lait utilisé □ Lait maternel
□ Lait Pré 1 □ Lait Pré 2
□ Lait 1er Age
□ Autre : ……..

Sollicitations orales : □ OUI □ NON Réponse : □ **+** □ **-**

Remarques :
……
……

6. SOINS INDIVIDUALISES

- Positionnement
  Attitude préférentielle □ OUI □ NON

……
……

Matériel utilisé pour le positionnement
……
……

Comportement lors des manipulations
……
……

- Cotation douleur avec la grille EDIN : dernière cotation chiffrée : ……..
  Remarques :
  ……
  ……

- Peau à peau □ OUI □ NON
  Remarques :
  ……
  ……

- Objet de transition : □ OUI □ NON
  ……

- **Place des parents :**

- Visites quotidiennes : □ OUI □ NON
  Contraintes : □ Eloignement géographique
  □ Fratrie : ……
  A déjà visité l'enfant : □ OUI □ NON
  □ Autres : ……

- Participation aux soins : □ OUI □ NON

- Réassurance lors des soins □ OUI □ NON
  Change □ Vu □ Réalisé □ Autonome
  Toilette □ Vu □ Réalisé □ Autonome
  Biberon □ Vu □ Réalisé □ Autonome

- Personne ressource : ……
- Suivi psychologique : □ OUI □ NON
  Remarques :
  ……
  ……

- Suivi social : □ OUI □ NON
  Remarques :
  ……
  ……

7. PROJET DE SORTIE

- Centre de PMI Secteur : ……
  Liaison faite □ OUI □ NON

  Remarques :
  ……
  ……

- CAMSP Lieu de suivi : ……

  Remarques :
  ……
  ……