



N° fiche d'appel : (maternité/date/rang) :

--	--	--

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Téléphone :
- Début de grossesse :
- Age gestationnel à la date du transfert : SA

- Nom de jeune fille :
- Date de Naissance :

Etiquette

Indication du transfert in utero (en clair)

MAP RPM RCIU HTA, Pré-éclampsie autre.....

Singleton gémellaire bichoriale biamniotique autres :

gémellaire monochoriale biamniotique

Centre demandeur :		Médecin prescripteur :	
Centre souhaité		Centre obtenu	
Date de la demande :	Heure de l'appel :	Heure du transfert :	
Mode de transfert :			
SMUR <input type="checkbox"/>	Héli SMUR <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	

- Grossesse suivie par :
- Médecin traitant :
- JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DOSSIER OBSTETRICAL **ET COMPLETER LES ELEMENTS SUIVANTS**

Gestation : Parité :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX marquants : (cicatrice utérine ect...)



GROSSESSE ACTUELLE : normale : oui non

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE :

	détail	Infection cervico vaginale	
Infection urinaire		Portage Strepto B	
HTA (>14/9)		Protéinurie (>0,50g /l)	
Diabète		Intervention :	
autre			

PATHOLOGIES FŒTALES :

pathologie	détail	Anomalie de croissance	
Anomalie LA		Estimation poids fœtal	
Anomalie placentaire		Anomalie du RCF	
Autre			

EXAMEN AVANT LE TRANSFERT DATE ET HEURE

contractions		TV Bishop	
HU		température	
PDE		TA	
Si rupture clinique: heure, qualité du LA		Echo col	
Si rupture biologique test :		Examens bio en attente	
Présentation			

Liste des documents à joindre :

- Carte de groupe sanguin phénotypé
- Copie des échographies
- Copie du dossier obstétrical
- Copie dernier ERCF
- Copie de la consultation d'anesthésie
- Copie d'éventuels CRO
- Copie des bilans biologiques



THERAPEUTIQUES MATERNELLES EN COURS :

TRAITEMENT	NOM	DATE	POSOLOGIE	HORAIRE DERNIERE PRISE
Antibiotiques				
Antihypertenseur				
Tocolytique				
Corticoïde : maturation				
Barbituriques ou antiépileptiques				
Antiépileptiques				
Rhophylac				
Anticoagulant				
Aspirine				
Autre				

Commentaires :



N° fiche d'appel : (maternité/date/rang) :

--	--	--

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Téléphone :
- Début de grossesse :
- Age gestationnel à la date du transfert : SA
- Indication du transfert in utero (en clair)

- Nom de jeune fille :
- Date de Naissance :

Etiquette

- MAP RPM RCIU HTA, Pré-éclampsie autre.....
- Singleton gémellaire bichoriale biamniotique autres :
- gémellaire monochoriale biamniotique

Centre demandeur :		Médecin prescripteur :	
Centre souhaité		Centre obtenu	
Date de la demande :	Heure de l'appel :	Heure du transfert :	
Mode de transfert :			
SMUR <input type="checkbox"/>	Héli SMUR <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	

- Grossesse suivie par :
 - Médecin traitant :
 - JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DOSSIER OBSTETRICAL **ET COMPLETER LES ELEMENTS SUIVANTS**
- Gestation : Parité :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX marquants : (cicatrice utérine ect...)



GROSSESSE ACTUELLE : normale : oui non

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE :

	détail	Infection cervico vaginale	
Infection urinaire		Portage Strepto B	
HTA (>14/9)		Protéinurie (>0,50g /l)	
Diabète		Intervention :	
autre			

PATHOLOGIES FŒTALES :

pathologie	détail	Anomalie de croissance	
Anomalie LA		Estimation poids fœtal	
Anomalie placentaire		Anomalie du RCF	
Autre			

EXAMEN AVANT LE TRANSFERT DATE ET HEURE

contractions		TV Bishop	
HU		température	
PDE		TA	
Si rupture clinique: heure, qualité du LA		Echo col	
Si rupture biologique test :		Examens bio en attente	
Présentation			

Liste des documents à joindre :

- Carte de groupe sanguin phénotypé
- Copie des échographies
- Copie du dossier obstétrical
- Copie dernier ERCF
- Copie de la consultation d'anesthésie
- Copie d'éventuels CRO
- Copie des bilans biologiques



THERAPEUTIQUES MATERNELLES EN COURS :

TRAITEMENT	NOM	DATE	POSOLOGIE	HORAIRE DERNIERE PRISE
Antibiotiques				
Antihypertenseur				
Tocolytique				
Corticoïde : maturation				
Barbituriques ou antiépileptiques				
Antiépileptiques				
Rhophylac				
Anticoagulant				
Aspirine				
Autre				

Commentaires :



N° fiche d'appel : (maternité/date/rang) :

--	--	--

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Téléphone :
- Début de grossesse :
- Age gestationnel à la date du transfert : SA
- Indication du transfert in utero (en clair)

- Nom de jeune fille :
- Date de Naissance :

Etiquette

- MAP RPM RCIU HTA, Pré-éclampsie autre.....
- Singleton gémellaire bichoriale biamniotique autres :
- gémellaire monochoriale biamniotique

Centre demandeur :		Médecin prescripteur :	
Centre souhaité		Centre obtenu	
Date de la demande :	Heure de l'appel :	Heure du transfert :	
Mode de transfert :			
SMUR <input type="checkbox"/>	Héli SMUR <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	

- Grossesse suivie par :
 - Médecin traitant :
 - JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DOSSIER OBSTETRICAL **ET COMPLETER LES ELEMENTS SUIVANTS**
- Gestation : Parité :
- ANTECEDENTS OBSTETRICAUX marquants : (cicatrice utérine ect...)



GROSSESSE ACTUELLE : normale : oui non

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE :

	détail	Infection cervico vaginale	
Infection urinaire		Portage Strepto B	
HTA (>14/9)		Protéinurie (>0,50g /l)	
Diabète		Intervention :	
autre			

PATHOLOGIES FŒTALES :

pathologie	détail	Anomalie de croissance	
Anomalie LA		Estimation poids fœtal	
Anomalie placentaire		Anomalie du RCF	
Autre			

EXAMEN AVANT LE TRANSFERT DATE ET HEURE

contractions		TV Bishop	
HU		température	
PDE		TA	
Si rupture clinique: heure, qualité du LA		Echo col	
Si rupture biologique test :		Examens bio en attente	
Présentation			

Liste des documents à joindre :

- Carte de groupe sanguin phénotypé
- Copie des échographies
- Copie du dossier obstétrical
- Copie dernier ERCF
- Copie de la consultation d'anesthésie
- Copie d'éventuels CRO
- Copie des bilans biologiques



THERAPEUTIQUES MATERNELLES EN COURS :

TRAITEMENT	NOM	DATE	POSOLOGIE	HORAIRE DERNIERE PRISE
Antibiotiques				
Antihypertenseur				
Tocolytique				
Corticoïde : maturation				
Barbituriques ou antiépileptiques Antiépileptiques				
Rhophylac				
Anticoagulant				
Aspirine				
Autre				

Commentaires :