

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

Etiquette de la mère

**FICHE DE LIAISON
OBSTÉTRICO - PÉDIATRIQUE
TRANSFERT POST NATAL
RÉSEAU PÉRINATAL
POITOU-CHARENTES**

Etiquette de l'enfant



Transport effectué le

Centre demandeur : appelant :

Centre receveur souhaité : obtenu :

Heure d'appel : Heure d'arrivée :

Type de transport : médicalisé , paramédicalisé , ambulance

Mode de transport : SAMU , SMUR pédiat , Terrestre , Hélico

Etat Civil du nouveau-né

Nom : Prénom :

Date de naissance : Heure de naissance : h mn

Sexe : M , F , indéterminé

Terme (SA) : Poids :

Correspondants

Pédiatre demandeur : Accoucheur :

Gynéco-obstétricien ou Médecin qui a suivi la grossesse :

Médecin traitant :

Mère	Père
Nom de jeune fille : Nom d'épouse : Prénom : Date de naissance : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :
Téléphone : Profession : Situation familiale : mariée/pacsé <input type="checkbox"/> , vit en couple <input type="checkbox"/> , séparé <input type="checkbox"/> , autre :	Téléphone : Profession : Situation familiale : mariée/pacsé <input type="checkbox"/> , vit en couple <input type="checkbox"/> , séparé <input type="checkbox"/> , autre :
Tabac (3 ^e Trim) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbre de cigarettes/j) :	Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbre de cigarettes/j) :
Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids avant la grossesse : Taille : Antécédents :	Antécédents :

Antécédents obstétricaux : (année, Interruption grossesse, Mort fœtale, naissance à terme, prématurée...)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Groupe sanguin maternel : **joindre photocopie**

RAI : positifs Négatifs NR : **Rophylac** : Oui Non NR

NR : non renseigné

Grossesse actuelle

Date début grossesse DDG: Détermination : Echo < 13 SA : Oui Non NR

Grossesse spontanée Oui Non Insémination : sperme du père Oui Non

Sérologies :

Toxo : immunisé , non immunisé Rubéole : immunisée , non immunisée

Ag HBs : Négatif , Positif HIV : Négatif , Positif

BW : Négatif , Positif HCV : Négatif , Positif

Diagnostic anténatal

Anomalies Echographiques / doppler :

Staff DAN Oui Non

si DAN Joindre photocopie DAN / échographies

Retard de croissance : Oui Non (< 3^e perc Audipog)

Caryotype fœtal : Oui Non résultats.....

Pathologie de la grossesse

Grossesse multiple: Oui Non

Nombre de fœtus : ...

Bichorial biamniotique

Monochorial biamniotique

rang de naissance

S. Transfuseur transfusé :
 oui non

Vasculaire : Oui Non

HTA/Préclampsie Oui Non

Hématome rétro-placentaire :
 Oui Non

B-Bloquant : Oui Non

MAP : Oui Non

Tocolyse : Oui Non

depuis le

B-mimétique : Oui Non

Hémorragie maternelle:

Métrorragies : Oui Non

depuis le

Placenta praevia : Oui Non

Portage bactérien: Oui Non

Strepto B Oui Non

E Coli Oui Non

Infection maternelle autre :

Diabète: Oui Non

Préexistant Oui Non

Gestationnel Oui Non

Insuline : Oui Non

Traitements reçus

Corticothérapie à visée maturative

Nb d'injections :

Dernière injection : Date Heure

Nb de cure :

ATB perpartum Oui Non

..... IV PO

Morphine Oui Non

Autre traitement marquant :

Allaitement souhaité : maternel artificiel

Accouchement

Travail :

spontané déclenché

Durée : H

Liquide amniotique

Clair, Teinté, Méconial

Mode d'accouchement :

Voie basse

Voie basse instrumentale

Forceps ventouse

Manœuvre de version

Césarienne pendant travail

Césarienne avant travail

motif :

Anesthésie:

Pas d'anesthésie

Péridurale / Rachianesthésie

Générale

Morphinique

Autres traitement marquant :

Présentation: Céphalique, Siège, Transverse

Anomalie du rythme cardiaque fœtal : (classification ACOG) ou

Normal intermédiaire suspect d'hypoxie

Joindre une copie du rythme cardiaque fœtal



Adaptation à la vie extra-utérine

APGAR : 1mn : 5 min : 10 min :

Au Scalp (si fait) pH : Lactates :

Au cordon : pH : BE : Lactates :

La 1^{ère} heure : pH : BE : Lactates :

Si anoxo-ischémie : stade Sarnat : I, II, III

(Evaluation de la classification Sarnat avant 60 minutes de vie)

Décision hypothermie passive : Oui Non

Traitements/prélèvements :

Désinfection oculaire : Oui Non

Vitamine K : IV ou IM, PO, Non

Liquide gastrique : Oui Non

Hémoculture : Oui Non

Groupe Rh : fait, non fait

Autres :

Réanimation à la naissance : Oui Non

Si utilisation O2 à partir de quelle minute de vie :

Désobstruction

Broncho-aspiration

Masque au ballon

Masque au néopuff

Intubation à Min

MCE : à min

durée

Vent. Artificielle :

A min

Durée de la VA :

Adréraline

à min,

Nb d'injections + Dose totale Adréraline =

Remplissage

Transfusion

Surfactant : dose :

à min,

Indication : Prophylactique , curatif

Autre :

Etat après la réanimation : stabilisé Oui Non

Evolution initiale

Respiratoire : V. spontané , Hood/O2 , CPAP , VM

FR : /min, Rythme : régulier irrégulier, Silverman .../10

Sat O2 (sur la main droite) :% sous FiO2 :

Auscultation : normale, asymétrique, rales :

Si SIT : taille : repère à la narine :

Hémodynamique : stable instable

Voies d'accès :

Remplissage :

Médicaments :

Neurologique : stable instable

éveillé tonique, hypotonique

Convulsion Oui Non Médicaments :

Sédation Oui Non Médicaments :

Si hypothermie : T° =°C àh.....min de vie

Malformations :

Bilirubine : Dextro : G/l T :°C

Prise en charge pendant le transport :

Mise en condition

Scope

Sat O2

S. thermique

S. gastrique

voie veineuse périphérique

cathéter central

Ventilation

O2 (lunettes, Hood)

CPAP : PEEP cm H2O

SIT : taille : repère

ventilation mécanique :

PI : PEEP :

FiO2 (main droite) : % FR :

Médicaments/ solutés/ perf	Débit ml/h	Poso (mg/kg) (ml/h)	Voie
h.....h.....h.....



Surveillance	...h...					
FR						
FC						
TA						
SatO2						
T°						

Evaluation de la douleur Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé				
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, extrémités crispées, membres raides, motricité limitée, corps figé				
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil				
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation. Hurlement ou gémissement sans simulation				
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée				
Score total score de 0 à 15, seuil de traitement 5					

Résumé de l'intervention : Heure du départ :h.....min

Motif du transfert :

.....

Commentaires :

.....

Bilan à l'arrivée dans l'unité de

	Clinique	Amélioré	Stable	aggravé
FC :				
PA :				
T° :				
Dextro :				

Heure d'arrivée : Transport effectué par :

Transmissions faites à :



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

--	--	--

Etiquette de la mère

**FICHE DE LIAISON
OBSTÉTRICO - PÉDIATRIQUE
TRANSFERT POST NATAL
RÉSEAU PÉRINATAL
POITOU-CHARENTES**

Etiquette de l'enfant



Transport effectué le

Centre demandeur : appelant :

Centre receveur souhaité : obtenu :

Heure d'appel : Heure d'arrivée :

Type de transport : médicalisé , paramédicalisé , ambulance

Mode de transport : SAMU , SMUR pédiat , Terrestre , Hélico

Etat Civil du nouveau-né

Nom : Prénom :

Date de naissance : Heure de naissance : h mn

Sexe : M , F , indéterminé

Terme (SA) : Poids :

Correspondants

Pédiatre demandeur : Accoucheur :

Gynéco-obstétricien ou Médecin qui a suivi la grossesse :

Médecin traitant :

Mère	Père
Nom de jeune fille : Nom d'épouse : Prénom : Date de naissance : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :
Téléphone : Profession : Situation familiale : mariée/pacsé <input type="checkbox"/> , vit en couple <input type="checkbox"/> , séparé <input type="checkbox"/> , autre :	Téléphone : Profession : Situation familiale : mariée/pacsé <input type="checkbox"/> , vit en couple <input type="checkbox"/> , séparé <input type="checkbox"/> , autre :
Tabac (3 ^e Trim) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbre de cigarettes/j) :	Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbre de cigarettes/j) :
Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids avant la grossesse : Taille : Antécédents :	Antécédents :

Antécédents obstétricaux : (année, Interruption grossesse, Mort fœtale, naissance à terme, prématurée...)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Groupe sanguin maternel : **joindre photocopie**

RAI : positifs Négatifs NR : **Rophylac** : Oui Non NR

NR : non renseigné

Grossesse actuelle

Date début grossesse DDG: Détermination : Echo < 13 SA : Oui Non NR

Grossesse spontanée : Oui Non Insémination : sperme du père Oui Non

Sérologies :

Toxo : immunisé , non immunisée Rubéole : immunisée , non immunisée

Ag HBs : Négatif , Positif HIV : Négatif , Positif

BW : Négatif , Positif HCV : Négatif , Positif

Diagnostic anténatal

Anomalies Echographiques / doppler :

Staff DAN Oui Non

si DAN Joindre photocopie DAN / échographies

Retard de croissance : Oui Non (< 3^e perc Audipog)

Caryotype fœtal : Oui Non résultats.....

Pathologie de la grossesse

Grossesse multiple: Oui Non

Nombre de fœtus : ...

Bichorial biamniotique

Monochorial biamniotique

rang de naissance

S. Transfuseur transfusé :
 oui non

Vasculaire : Oui Non

HTA/Préclampsie Oui Non

Hématome rétro-placentaire :
 Oui Non

B-Bloquant : Oui Non

MAP : Oui Non

Tocolyse : Oui Non

depuis le
B-mimétique : Oui Non

Hémorragie maternelle:

Métrorragies : Oui Non

depuis le
 Placenta praevia : Oui Non

RPM > 12 h : Oui Non

rupture spontanée : Oui Non

Date de la rupture :
Heure de la rupture :

Portage bactérien: Oui Non

Strepto B Oui Non

E Coli Oui Non

Infection maternelle autre :

Diabète: Oui Non

Préexistant Oui Non

Gestationnel Oui Non

Insuline : Oui Non

Traitements reçus

Corticothérapie à visée maturative

Nb d'injections :

Dernière injection : Date Heure

Nb de cure :

ATB perpartum Oui Non

..... IV PO

Morphine Oui Non

Autre traitement marquant :

Allaitement souhaité : maternel artificiel

Accouchement

Travail :

spontané déclenché

Durée :H

Liquide amniotique

Clair, Teinté, Méconial

Mode d'accouchement :

Voie basse

Voie basse instrumentale

Forceps ventouse

Manœuvre de version

Césarienne pendant travail

Césarienne avant travail

motif :

Anesthésie:

Pas d'anesthésie

Péridurale / Rachianesthésie

Générale

Morphinique

Autres traitement marquant :

Présentation: Céphalique, Siège, Transverse

Anomalie du rythme cardiaque fœtal : (classification ACOG) ou

Normal intermédiaire suspect d'hypoxie

Joindre une copie du rythme cardiaque fœtal



Adaptation à la vie extra-utérine

APGAR : 1mn : 5 min : 10 min :

Au Scalp (si fait) pH : Lactates :

Au cordon : pH : BE : Lactates :

La 1^{ère} heure : pH : BE : Lactates :

Si anoxo-ischémie : stade Sarnat : I, II, III

(Evaluation de la classification Sarnat avant 60 minutes de vie)

Décision hypothermie passive : Oui Non

Traitements/prélèvements :

Désinfection oculaire : Oui Non

Vitamine K : IV ou IM, PO, Non

Liquide gastrique : Oui Non

Hémoculture : Oui Non

Groupe Rh : fait, non fait

Autres :

Réanimation à la naissance : Oui Non

Si utilisation O2 à partir de quelle minute de vie :

Désobstruction

Broncho-aspiration

Masque au ballon

Masque au néopuff

Intubation à Min

MCE : à min

durée
Vent. Artificielle :

A min

Durée de la VA :

Adrénaline

àmin,

Nb d'injections + Dose totale Adrénaline =

Remplissage

Transfusion

Surfactant : dose :
àmin,

Indication : Prophylactique , curatif

Autre :

Etat après la réanimation : stabilisé Oui Non

Evolution initiale

Respiratoire : V. spontané , Hood/O2 , CPAP , VM

FR : /min, Rythme : régulier irrégulier, Silverman .../10

Sat O2 (sur la main droite) :% sous FiO2 :

Auscultation : normale, asymétrique, rales :

Si SIT : taille : repère à la narine :

Hémodynamique : stable instable

Voies d'accès :

Remplissage :

Médicaments :

Neurologique : stable instable

éveillé tonique, hypotonique

Convulsion Oui Non Médicaments :

Sédation Oui Non Médicaments :

Si hypothermie : T° =°C àh.....min de vie

Malformations :

Bilirubine : Dextro :G/l T :°C

Prise en charge pendant le transport :

Mise en condition

Scope

Sat O2

S. thermique

S. gastrique

voie veineuse périphérique

cathéter central

Ventilation

O2 (lunettes, Hood)

CPAP : PEEP cm H2O

SIT : taille : repère

ventilation mécanique :

PI : PEEP :

FiO2 (main droite) : % FR :

Médicaments/ solutés/ perf	Débit ml/h	Poso (mg/kg) (ml/h)	Voie
h.....h.....h.....



Surveillance	...h...					
FR						
FC						
TA						
SatO2						
T°						

Evaluation de la douleur Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé				
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, extrémités crispées, membres raides, motricité limitée, corps figé				
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil				
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation. Hurlement ou gémissement sans simulation				
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée				
Score total score de 0 à 15, seuil de traitement 5					

Résumé de l'intervention : Heure du départ :h.....min

Motif du transfert :

.....

Commentaires :

.....

Bilan à l'arrivée dans l'unité de

	Clinique	Amélioré	Stable	aggravé
Respi				
Hémody				
Neuro				
FC :				
PA :				
T° :				
Dextro :				

Heure d'arrivée : Transport effectué par :

Transmissions faites à :



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

--	--	--	--

Etiquette de la mère

FICHE DE LIAISON

OBSTÉTRICO - PÉDIATRIQUE

TRANSFERT POST NATAL

RÉSEAU PÉRINATAL

POITOU-CHARENTES

Etiquette de l'enfant



Réseau Périnatal Poitou-Charentes

Transport effectué le

Centre demandeur :	appelant :
Centre receveur souhaité :	obtenu :
Heure d'appel :	Heure d'arrivée :
Type de transport : médicalisé <input type="checkbox"/> ,	paramédicalisé <input type="checkbox"/> ,
Mode de transport : SAMU <input type="checkbox"/> ,	SMUR pédiat <input type="checkbox"/> ,
	Terrestre <input type="checkbox"/> ,
	Hélico <input type="checkbox"/>

Etat Civil du nouveau-né

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/../.....	Heure de naissance : h mn
Sexe : M <input type="checkbox"/> , F <input type="checkbox"/> , indéterminé <input type="checkbox"/>	Terme (SA) : Poids :

Correspondants

Pédiatre demandeur :	Accoucheur :
Gynéco-obstétricien ou Médecin qui a suivi la grossesse :	
Médecin traitant :	

Mère	Père
Nom de jeune fille :	Nom :
Nom d'épouse :	Prénom :
Prénom :	Date de naissance :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :
Profession :	Profession :
Situation familiale : mariée/pacsé <input type="checkbox"/> , vit en couple <input type="checkbox"/> , séparé <input type="checkbox"/> , autre :	
Tabac (3 ^e Trim) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbr de cigarettes/j) :	Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (nbr de cigarettes/j) :
Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids avant la grossesse :	
Taille :	
Antécédents :	Antécédents :

Antécédents obstétricaux : (année, Interruption grossesse, Mort fœtale, naissance à terme, prématurée...)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Groupe sanguin maternel : joindre photocopie

RAI : positifs Négatifs NR ; **Rophylac :** Oui Non NR
NR : non renseigné

Grossesse actuelle	
Date début grossesse DDG:	Détermination : Echo < 13 SA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Grossesse spontanée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insémination : sperme du père <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sérologies :	
Toxo : immunisé <input type="checkbox"/> , non immunisé <input type="checkbox"/>	Rubéole : immunisée <input type="checkbox"/> , non immunisée <input type="checkbox"/>
Ag HBs : Négatif <input type="checkbox"/> , Positif <input type="checkbox"/>	HIV : Négatif <input type="checkbox"/> , Positif <input type="checkbox"/>
BW : Négatif <input type="checkbox"/> , Positif <input type="checkbox"/>	HCV : Négatif <input type="checkbox"/> , Positif <input type="checkbox"/>

Diagnostic anténatal	
Anomalies Echographiques / doppler :	
Staff DAN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
si DAN Joindre photocopie DAN / échographies	
Retard de croissance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (< 3 ^e perc Audipog)	
Caryotype fœtal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	résultats.....

Pathologie de la grossesse

Grossesse multiple: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vasculaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non HTA/Préclampsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hématome rétro-placentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre de fœtus : ... <input type="checkbox"/> Bichorial biamniotique <input type="checkbox"/> Monochorial biamniotique <input type="checkbox"/> rang de naissance	B-Bloquant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non MAP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S. Transfuseur transfusé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hémorragie maternelle: <input type="checkbox"/> Métrorragies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non depuis le/../..... <input type="checkbox"/> Placenta praevia : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RPM > 12 h : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non rupture spontanée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la rupture :/../..... Heure de la rupture :/.....
Portage bactérien: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Strepto B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non E Coli <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Infection maternelle autre :	Diabète: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préexistant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Gestationnel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Insuline : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Traitements reçus

Corticothérapie à visée maturative Nb d'injections :	ATB perpartum <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, IV PO
Dernière injection : Date/../..... Heure/.....	Morphine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre traitement marquant :
Nb de cure :	

Allaitement souhaité : maternel artificiel

Accouchement

Travail : <input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> déclenché Durée :, H	Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Clair, <input type="checkbox"/> Teinté, <input type="checkbox"/> Méconial
Mode d'accouchement : <input type="checkbox"/> Voie basse <input type="checkbox"/> Voie basse instrumentale <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> ventouse <input type="checkbox"/> Manœuvre de version <input type="checkbox"/> Césarienne pendant travail <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail motif :	Anesthésie: <input type="checkbox"/> Pas d'anesthésie <input type="checkbox"/> Péridurale / Rachianesthésie <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Morphinique <input type="checkbox"/> Autres traitement marquant :

Présentation: Céphalique, Siège, Transverse

Anomalie du rythme cardiaque fœtal : (classification ACOG) ou
 Normal intermédiaire suspect d'hypoxie
Joindre une copie du rythme cardiaque fœtal



Réseau Périnatal Poitou-Charentes

Adaptation à la vie extra-utérine			
APGAR : 1mn :	5 min :	10 min :	
Au Scalp (si fait) pH :	Lactates :		
Au cordon : pH :	BE :	Lactates :	
La 1 ^{ère} heure : pH :	BE :	Lactates :	
Si anoxo-ischémie : stade Sarnat : <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> II, <input type="checkbox"/> III (Evaluation de la classification Sarnat avant 60 minutes de vie)			
Décision hypothermie passive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Traitements/prélèvements :	
Désinfection oculaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vitamine K :	<input type="checkbox"/> IV ou IM, <input type="checkbox"/> PO, <input type="checkbox"/> Non
Liquide gastrique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoculture :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Groupe Rh :	<input type="checkbox"/> fait, <input type="checkbox"/> non fait
Autres :	

Réanimation à la naissance : Oui Non

Si utilisation O2 à partir de quelle minute de vie :

Désobstruction <input type="checkbox"/>	Adrénaline <input type="checkbox"/>
Broncho-aspiration <input type="checkbox"/>	àmin,
Masque au ballon <input type="checkbox"/>	Nb d'injections + Dose totale Adrénaline =
Masque au néopuff <input type="checkbox"/>	Remplissage <input type="checkbox"/>
Intubation à Min <input type="checkbox"/>	Transfusion <input type="checkbox"/>
MCE : à min <input type="checkbox"/>	Surfactant : dose :
durée <input type="checkbox"/>	àmin,
Vent. Artificielle : <input type="checkbox"/>	Indication : Prophylactique <input type="checkbox"/> , curatif <input type="checkbox"/>
A min <input type="checkbox"/>	Autre :
Durée de la VA :	

Etat après la réanimation : stabilisé Oui Non

Evolution initiale

Respiratoire : V. spontané , Hood/O2 , CPAP , VM
FR : /min, Rythme : régulier irrégulier, Silverman .../10
Sat O2 (sur la main droite) :% sous FiO2 :

Auscultation : normale, asymétrique, rales :

Si SIT : taille : repère à la narine :

Hémodynamique : stable instable

Voies d'accès :

Remplissage :

Médicaments :

Neurologique : stable instable

éveillé tonique, hypotonique

Convulsion Oui Non Médicaments :

Sédation Oui Non Médicaments :

Si hypothermie : T° =°C àh.....min de vie

Malformations :

Bilirubine : Dextro : G/l T :°C

Prise en charge pendant le transport :

Mise en condition <input type="checkbox"/> Scope <input type="checkbox"/> Sat O2 <input type="checkbox"/> S. thermique <input type="checkbox"/> S. gastrique <input type="checkbox"/> voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> cathéter central	Ventilation <input type="checkbox"/> O2 (lunettes, Hood) <input type="checkbox"/> CPAP : PEEP cm H2O <input type="checkbox"/> SIT : taille :, repère <input type="checkbox"/> ventilation mécanique : PI : PEEP : FiO2 (main droite) : % FR :
---	--

Médicaments/ solutés/ perf	Débit ml/h	Poso (mg/kg) (ml/h)	Voie
h.....h.....h.....



Réseau Périnatal Poitou-Charentes

Surveillance	...h...						
FR							
FC							
TA							
SatO2							
T°							

Evaluation de la douleur Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)					
VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé				
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, extrémités crispées, membres raides, motricité limitée, corps figé				
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil				
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation. Hurlement ou gémissement sans simulation				
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée				
Score total		score de 0 à 15, seuil de traitement 5			

Résumé de l'intervention : Heure du départ :h.....min

Motif du transfert :

.....

Commentaires :

.....

Bilan à l'arrivée dans l'unité de

	Clinique	Amélioré	Stable	aggravé
FC :	Respi			
PA :	Hémody			
T° :	Neuro			
Dextro :				

Heure d'arrivée : Transport effectué par :
Transmissions faites à :



Réseau Périnatal Poitou-Charentes