



## TRANSFERT MATERNEL

(*Transfert in utero ; Rapprochement mère-enfant ; Transfert maternel post-partum*)

### DOSSIER COMMUN DE LIAISON

Identité Service Transférant	Identité Service Recepteur
Nom du Médecin Référent :	Nom du Médecin Référent :

#### IDENTITE PATIENTE :

NOM :

NOM DE J.F. :

PRENOM :

NEE LE :                    A :

ADRESSE :

N° de téléphone :

Médecin traitant (nom et adresse) :

#### DATE DU TRANSFERT :

#### HORAIRE DE DEPART :

MOTIF :	TERME : DDR : DATE DEBUT DE GROSSESSE :
PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE : Maternelle <input type="checkbox"/> Fœtale <input type="checkbox"/> Post Partum <input type="checkbox"/>	
Date Acct :	Terme :
GROSSESSE : Unique <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> - Si multiple, préciser chorionicité :	
SITUATION ACTUELLE ET TRAITEMENT EN COURS :	
CORTICOTHERAPIE PREVENTIVE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
SI OUI, NOM DU PRODUIT, DATE, HEURE ET DOSE ADMINISTREE (IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> )	

MODE DE TRANSPORT :

SIGNATURE REFERENT DEMANDEUR :

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ALLERGIES :
  
- ANTECEDENTS MEDICAUX :
  
- ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :
  
- ANTECEDENTS OBSTETRICAUX (si césarienne, joindre CRO et radiopelvimétrie) :

## RENSEIGNEMENTS BIOLOGIQUES - PIÈCES À JOINDRE

- GROUPE, RHESUS, PHENOTYPE (carte)
- AGGLUTININES IRREGULIERES
- INJECTION DE SERUM ANTI-D
- SEROLOGIES :  TOXOPLASMOSE  RUBEOLE  
 BW  HIV  
 HBS
- RESULTATS TEST TRISOMIE 21
- RESULTATS CARYOTYPE EVENTUEL
- EXAMENS BIOLOGIQUES :  NFS  CRP  
 PRELEV. VAGIN.  ECBU  
 HEMOCULTURES  BILAN HEPATIQUE  
 DERNIERE COAG.  BILAN RENAL
- COMPTES RENDUS ECHO
- DERNIERS CARDIOTOGRAMMES (si nécessaire)
- AUTRES RENSEIGNEMENTS JUGES INDISPENSABLES

---

---

---