

Date du transfert : ___/___/___

Ets d'origine : _____ Ets receveur : _____

Nom : _ _ _ Prénom : _ _ _ Date de naissance : ___/___/___

Type de transfert(1) : TIU RME TMPP (Transfert pour pathologie maternelle)

Terme du transfert : ___ SA ___ jrs Dossier de transfert : oui non

Transport : ambulance/VSL ambulance médicalisée SMUR autre

Suite de la fiche (à ne compléter que si TIU et RME*) :

➤ **INDICATION** (plusieurs cases possibles) :

- MAP RPM HTA RCIU
 placenta, métrorragies pathologie maternelle Hellp Syndrome
 an/hydr/oligoamnios infection Pré-éclampsie/eclampsie
 malf congénitale pathologie foetale autre autre
 allo-immunisation STT

Grossesse multiple Oui Non **Si oui préciser :** _____

MOTIF DU TRANSFERT IN UTERO EN CLAIR : _____

➤ **SUITES si TIU** (1 seule case) :

Retransfert in utero date : ___/___/___ Terme : ___ SA ___ jrs

Etablissement receveur : _____

Retour à domicile date : ___/___/___ Terme : ___ SA ___ jrs

Accouchement (pour TIU **et RME***) date : ___/___/___ Terme : ___ SA ___ jrs

VB Césarienne, motif : _____

Autre (3) date : ___/___/___ Terme : ___ SA ___ jrs

COMMENTAIRES SUR LES SUITES **(3)**: _____

➤ **NOMBRE d'ENFANTS** (si accouchement dans la maternité receveuse) :

	Sexe	Poids	<input type="checkbox"/> Transfert post natal	<input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> décès post natal
Enfant 1			A quelle heure de vie :	Terme :
Enfant 2			A quelle heure de vie :	Terme :
Enfant 3			A quelle heure de vie :	Terme :

RME* : INDICATION DU TRANSFERT POST-NATAL :

Lexique :

- (1) Préciser si **TIU** : *Transfert In Utéro* – **TMPP** : *Transfert du Post Partum, pathologie maternelle* – **RME** : *rapprochement mère-enfant*
- (2) préciser le type (gémellaire, triple, etc) et la chorionicité (ex : BC-BA, etc)
- (3) à préciser au niveau du « commentaire sur les suites » (ex : sortie CAM : sortie contre avis médical ; surveillance SIG en cours ; etc...)