

**Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône-Alpes**

**04.72.12.17.93 Fax : 04.72.11.91.65** [crtpra@chu-lyon.fr](mailto:crtpra@chu-lyon.fr)

--

<b>Date :</b>	<b>Heure d'appel: h</b>	<b>Date du transfert :</b>	<b>Dossiers Associés</b>
<b>DEMANDEUR</b>		<b>RECEVEUR</b>	
<b>Etablissement:</b>		<b>Etablissement :</b>	
<b>Obstétricien :</b>		Code Postal des Parents :	
<b>Tel :</b>		<b>Transporteur : Vecteur 1 / Vecteur 2 / SAMU 69 - 42- 38 - 73 - 74 - 26 - 07 - 01</b>	

**DOSSIER TIU MEDICAL - CONFIDENTIEL**

Nom..... Prénom..... Nom de jeune fille..... Née le .....

Terme le jour du transfert : .....SA + .....j

Mère entrée dans le service le .....à .....SA.....pour.....

• **MOTIF DE LA DEMANDE IN UTERO**

.....  
 .....

• **ANTECEDENTS**

Médicaux  Inconnu  type.....

Chirurgicaux  Inconnu  type.....

Conisation.....

Allergie ..... Toxiques (tabac, alcool ...) : .....

Obstétricaux  ..... FC précoce / ..... IVG nombre .....

..... FC tardive (15-24 SA) nombre et terme.....

AVB .....

Césarienne .....

Indication.....

Périnée complet

Hémorragie de la délivrance  Phlébite

Cerclage

HTA gravidique  Diabète gestationnel

• **GROSSESSE ACTUELLE**

Gestité ..... Parité ..... (Y compris Ğ actuelle)  G spontanée  G par PMA

G  Unique  Gémellaire ... MCMA ...BCBA ....MCBA Autre .....

Gpe Rhésus..... RAI positifs négatifs

Surveillance et Pathologie particulière : .....

Pathologie : MAP  RPM  PE/HTA  Diabète Gestationnel Insulino D. / sous régime

Placenta Prævia  (Nombre d'épisode : ....) Autre  .....

DAN : .....

Patiente hospitalisée du .....à..... Motif : .....

CTC fait le ...../...../.....

• **SEROLOGIES**

HIV  Charges Virales : .....

Diabète Gestationnel sous régime

HEP B  Charges Virales : .....

Diabète Gestationnel Insulinée

HGPO : .....

Autres : .....

**NOM DE LA PATIENTE TRANSFEREE :**

• **EXAMEN MATERNEL**

HU ..... CU : ..... Après tt.....  
 Col  TV non réalisé  TV : CLPTF ou .....

Présentation : .....PC / Siège / Siège décomplété / Siège complet / Transverse.....

Ecoulement de LA  Oui  Non  Malodorant  LAC  LAT  LAM... depuis le .../..... à .....h.....  
 Métrorragie  Aucune  Traces  Oui : Actives ou Non Date et heure .....  
 Description .....

TA S/D.....Pouls..... SF HTA :  Aucuns  Céphalées  Acouphènes  Phosphènes  
 Barres Epigastriques  ROT vifs .....

Bandelette Urinaire  Négative ou  Leucocytes  Nitrites  Glucoses  Protéines  
 Non fait Albuminurie des 24h.....quantité..... Date.....

Température : .....  Apyrétique

• **BILAN FCETAL**

Amniocentèse  oui, résultat.....

Anomalies échographiques antérieures.....

Dernière Echo (<15 jours) Date et Terme de réalisation :.....

Biométrie  Normale  RCIU  Macrosomie  Inconnue EFP.....g

D ombilical  Normal .....  Anormal  Inconnu

D cérébral  Oui .....  Non  Inversion

D utérin  Normal  Anormal  Inconnu

Placenta  Recouvrant cervical  Recouvrant une hystérotomie

Bas inséré  Normalement inséré

Antérieur  Postérieur

LA  Normal  Anamnios  Oligoamnios  Hydramnios Index de LA :.....

Longueur col Orifice interne (mm).....

RCF  NI  Anormal ou suspect.....  Faxé

• **TRAITEMENT**

Corticoïdes  oui Nb de cures..... Date et heure de la dernière..... (célestene chronodose IM)

Antibiotique  type/dose/voie .....  3 ATB à.....h.....  Clamoxyl

Anti HTA  LOXEN IV (vit :.....) ou 50LP ou 20  Catapressan  .....

Autre .....  type/dose/voie.....

Tocolytique  type/dose/voie  Autre : .....  Tractocile Vitesse : 4 / 8 / 24ml/h

Adalate : débuté à..... Débuté à .....h.....

Anticoagulants  type Aspirine  dose.....Date arrêt.....

Cerclage  type Date de début.....

• **BILAN PARACLINIQUE** Date :..... Heure : .....

Fibronectine Prom test Amnicator

GB/mm<sup>3</sup> TP Créatinine

Hb g/dl TCA M/T K +

Plaq / mm<sup>3</sup> Fibrinogène g/dl PAL

Haptoglobine Bilirubine T/C Acides biliaires totaux

CRP mg/dl ASAT/ALAT Protéinurie des 24h

Acides Uriques Diurèse : .....

PV ....en cours / stérile.... ECBU ....en cours / stérile.... Hémocultures ....en cours / stérile....

Portage Strepto B  oui  non  inconnue