

Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône-Alpes
04.72.12.17.93 Fax : 04.72.11.91.65 crtpra@chu-lyon.fr

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

DOSSIER TNN MEDICAL -CONFIDENTIEL

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Age Gesta. :** __SA__j **Né(e) le :** _____ à _____ h

MATERNITE D'ORIGINE : _____ **MATERNITE DE NAISSANCE :** _____

MERE : NOM : _____, Gestité Parité, Âge =..... Toxo: + - Rubéole: + - ; HIV: + -
 GROUPE SANGUIN : _____ RAI : + - Hépatite B: +/-/vaccinée ; Hépatite C : + -
 ATCDS PERSONNELS : _____ Syphilis : + -
 Tabagisme : *oui non* ; Alcool : *oui non* ; Toxicomanie : *oui non* type :

PERE : **NOM** : _____, Age = _____ Atcds personnels :

ATCDS OBSTETRICAUX et/ou DES ENFANTS PRECEDENTS : _____ Consanguinité : *oui non*

Grossesses précédentes (y compris IVG, FC)	1	2	3	4	5
Date					
Poids de naissance					
Terme					

PMA : *oui / non* Type : _____ GROSSESSE MULTIPLE : *oui / non* Type : **BCBA / MCBA / MCMA /.....**

DIAGNOSTIC ANTENATAL :

Cs auprès d'un Centre Pluridisciplinaire : *oui / non* Motif :

PLA / PVC : *oui non* date : _____ Résultat :

RCIU : *oui non* ; Malformations dépistées :

PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE : OUI NON

Si OUI Hospitalisation : *oui non* date(s) :

Transfert : *oui non* date(s) :

MAP : depuis : _____ traitée par :

RPM : date

Toxémie / Pré-éclampsie / Eclampsie / HELLP Sd / Diabète gesta / Autre

PV et PORTAGE STREPTO B NON / OUI / INCONNU

CORTICOIDES OUI / NON date

ANTIBIOTHERAPIE : OUI / NON Nb de doses :

ACCOUCHEMENT :

ANESTHESIE : AG péri rachi aucune

Travail *spontané / provoqué* indication :

Rupture des membranes : *spontanée / artificielle* durée : _____ LA : Clair / Méconial / Teinté

RCF : Normal / Patho Hyperthermie maternelle : *oui / non*

Mode d'accouchement VB *spontanée / césarienne avt travail / césarienne pdt travail/ forceps/ ventouse*

Indication :

Présentation : Céphalique / Siège / Transverse

Ph Cordon Veineux : Lactates :

Artériel : Lactates :

Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône-Alpes
04.72.12.17.93 Fax : 04 72 11 91 65 crtpra@chu-lyon.fr

NOM du TRANSFERE (e) : _____

Ce jour, **AGC** _____ Et J _____

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE :

POIDS : _____ Poids du jour : _____

Réanimation effectuée par :

Aspirations : Pharyngée Trachéale (laryngo)

MCE : oui / non **Adrénaline :** oui / non

Ventilation:

MASQUE / NEOPUFF oui / non **durée :**

Oxygène : oui / non % : **durée :**

Puis **HOOD / SAC / LUNETTES**

CPAP / BIPAP / INTUBATION

À de vie **PEEP :** **FiO₂ :**

SIT n° Repère : **P :** **Fréq :**

Voie d'abord : **KTVO / VVP** en place / en cours

.....

.....

DEXTRO = fait à mn de vie

APGAR :

1 min 3 min 5 min 10 min

Cœur				
Respiration				
Tonus				
Réflexes				
Couleur				
TOTAL				

SILVERMAN :

àminminmin

Battement ailes nez 0/1/2			
Tirage intercostal 0/1/2			
Entonnoir xiphoïdien 0/1/2			
Balancement thoracoabdo 0/1/2			
Geignement 0/1/2			
Total			

THERAPEUTIQUES ADMINISTREES :

Surfactant oui / non **Bicar** oui / non

SG 10% Bolus Oui / Non **vitesse :**

ATB : Clamoxyl / Claforan / Amiklin

REPLISSAGE : NaCl / G5 / G10 / G7.5

AMINES : DOBU / Adr / NA / DOPA

ETAT HEMODYNAMIQUE :

	TA (PAM)	FC	FR	SaO₂ sous ... %
A (.....)
Au (.....)

CRITERES D'HYPOTHERMIE :

- AG \geq 36 SA et Poids de N \geq 1 800g
- Réa en cours à 10min de vie
- PH inf à 7 avt H1 de vie
- BE < - 16mmol/L ou Lactates > 11 avant H1
- Apgar inf 5 à 5min
- Sarnat II ou III

TEMPERATURE à la naissance :

Avant départ :

URINES : *Oui Non* **MECO :** *Oui Non*

SONDES : *choane droite choane gauche estomac*

ALLAITEMENT MATERNEL SOUHAITE : *Oui Non*

PARA CLINIQUE:

Gaz du sang : _____

- Radio : _____
- Bio : NFP : _____ CRP : _____ LG : _____ Autre _____

MOTIF DE TRANSFERT / EVOLUTION :

HEURE DE DEPART :

HEURE D'ARRIVEE :