

Date :	Heure d'appel: h	Date du transfert :	Dossiers Associés
DEMANDEUR		RECEVEUR	
Etablissement: Obstétricien : Tel :		Etablissement : Code Postal des Parents :	
		Transporteur : Vecteur 1 / vecteur 2 / Samu : 69 - 42 - 38 - 73 - 74 - 26 - 07 - 01 - 63 - 43 - 03 - 15	

DOSSIER *TIU* MEDICAL -CONFIDENTIEL

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

Terme le jour du transfert :SA +j

Mère entrée dans le service leàSA.....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 MCMABCBAMCBA 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 duà..... 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 ttt.....
Col ☐ TV non réalisé ☐ TV : CLPTF ou

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

Ecoulement de LA ☐ Oui ☐ Non ☐ Malodorant ☐ LAC ☐ LAT ☐ LAM... depuis le .../..... àh.....
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 àh.....
Anticoagulants ☐ type Aspirine ☐ dose.....Date arrêt.....
Cerclage ☐ type Date de début.....

• **BILAN PARACLINIQUE** Date : Heure :

Fibronectine	Prom test	Amnicator
GB/mm ³	TP	Créatinine
Hb g/dl	TCA M/T	K +
Pla / mm ³	Fibrinogène g/dl	PAL
Haptoglobine	Bilirubine T/C	Acides biliaires totaux
CRP mg/dl	ASAT/ALAT	Protéinurie des 24h
	Acides Uriques	Diurèse :
PVen cours / stérile....	ECBUen cours / stérile....	Hémoculturesen cours / stérile....
Portage Strepto B ☐ oui	☐ non ☐ inconnue	