

Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône-Alpes

04.72.63.47.99 Fax : 04.72.11.91.65 heh.sfculture@chu-lyon.fr

38 77 27

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 - 63 - 43 - 03 - 15	

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 = _____ Atcbs 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 :

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 :

à

...min

....min

....min

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

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 :