

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

**04.72.63.47.99    Fax : 04.72.11.91.65    heh.sfcellule@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 :		<b>Transporteur : Vecteur 1 / vecteur 2 /</b> <b>Samu : 69 - 42 - 38 - 73 - 74 - 26 - 07 - 01 - 63 - 43 - 03 - 15</b>	

**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 :

