

| | | | |
|------------------|-------------------|--|-------------------|
| 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 = _____ 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

ETAT HEMODYNAMIQUE :

| | TA (PAM) | FC | FR | SaO ₂ 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 :