Dossier de RE – TRANSFERT vers la MATERNITE ou la NEONAT
(Suite à une hospitalisation)

Identité du bébé/ Parents :

Nom		**Sexe =**	**F / M / Indéterminé**
Prénom			
DDN			
Terme naissance =		**Terme du jour =**	
Poids de naissance =		**Poids du jour =**	
Nom / Prénom de la mère		**Tel :**	
Nom / Prénom du père		**Tel :**	

Etablissement de naissance : Maternité de …….

Service(s) d'Hospitalisation actuelle : ……..

Etablissement de destination : ……

Pédiatre (en charge de l'enfant avant son transfert) : ……. Tel :

Date = ……. Heure =

IDE / PDE (en charge de l'enfant avant son transfert) : ……Tel :

Résumé de l'HOSPITALISATION :

Dates et motif d'hospitalisation	
Diagnostic(s)	
Synthèse d'hospitalisation	
Indication de *RE – TRANSFERT*	

Pièces jointes au dossier de RE - TRANSFERT :

Bracelet(s) identité du bébé en place	oui ☐	non ☐	
Carnet de santé rempli	oui ☐	non ☐	
Autorisation de soins mineur signée	oui ☐	non ☐	
CR d'hospitalisation du bébé	oui ☐	non ☐	
Photocopies du dossier de soins issues du DPI* (Feuilles de surveillances, observations, transmissions ciblées)	oui ☐	non ☐	
Photocopies des prescriptions médicales et médicamenteuses	oui ☐	non ☐	
Résultats Bilans ou Examens complémentaires bébé			
• Gr Rh + Coombs bébé	oui ☐	non ☐	**Joindre photocopies résultats**
• Derniers bilans sanguins	oui ☐	non ☐	
• Radio RP ou autre	oui ☐	non ☐	
• Echo / ETF	oui ☐	non ☐	
• OEA / PEA	Fait ☐	A faire ☐	
• Test de dépistages	Fait ☐	A faire ☐	
Bon de transport	oui ☐	non ☐	

Rendez-vous et consultations éventuelles à venir

RdV	oui ☐	non ☐	
Nom du médecin :		**Spécialité :**	
Date et heure			
Lieu du RDV			

Dossier Grandir Ensemble ouvert :

Dossier	oui ☐	non ☐

ALIMENTATION :

Allaitement	☐		
Biberon	☐	Type de lait :	

Nombre de repas =			
Quantité par 24H (en ml) =			
APS (Alimentation Par Sonde)	oui ☐	non ☐	
	Continue ☐	Discontinue ☐	
	Durée de l'APS :		

Difficultés d'alimentation	oui ☐	non ☐	
	Si oui, précisez :		

TRANSIT

Particularités	oui ☐	non ☐
	Si oui, précisez :	

TRAITEMENTS en cours à la date du re-transfert (ou copie des médicaments administrés)

MEDICAMENTS IV	**DOSES**	**HORAIRES**	**HEURE DERNIERE INJECTION**
MEDICAMENTS Per Os	**DOSES**	**HORAIRES**	**HEURE DE LA DERNIERE PRISE Per Os**

PHOTOTHERAPIE	oui ☐	non ☐
	Si oui, nombre :	

KINESITHERAPIE	oui ☐	non ☐
	Si oui, indication :	

A LA DATE DU RE - TRANSFERT

INCUBATEUR	☐			
BERCEAU CHAUFFANT	☐			
LIT	☐			
KTVP (Catheter Veineux Périphérique)	oui ☐	non ☐		
RESPIRATION AUTONOME	oui ☐	non ☐		
OPTIFLOW	oui ☐	non ☐	Fi O_2 :	Débit :
LUNETTES O2	oui ☐	non ☐	Fi O_2 :	Débit :
AUTRES				

NURSING :

Sommeil	
Eveil	
Habitudes de vie	
Présence des parents / soins	
Implication des parents dans la PEC du bébé	

SITUATION FAMILIALE

Famille prévenue du Re- Transfert	oui ☐	non ☐
Famille en accord avec le Re-transfert	oui ☐	non ☐
Suivi psychologique	oui ☐	non ☐
Si oui, le Nom et Tel de la psychologue		
Contexte de vulnérabilité à signaler pour PEC	oui ☐	non ☐
Si oui, précisez		
PMI contactée	oui ☐	non ☐
Si oui, précisez le CMS / PDE		
Organisme de TISF contacté	oui ☐	non ☐
Si oui, précisez		
Contexte familial / social à prendre en compte pour la PEC	oui ☐	non ☐
Si oui, précisez		

TRANSMISSIONS IDE /PDE :