Dossier de TRANSFERT de la salle de naissance vers la néonatalogie

Identités bébé/ parents :

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

Etablissement de naissance : Maternité de : …….

Etablissement de transfert : ……

Pédiatre Responsable du Transfert : …… Tel :

IDE /PDE/SF au moment du Transfert : …… Tel :

***Pièces jointes au dossier de TRANSFERT* :**

Bracelet(s) identité posé(s)- main + pied	oui ☐	non ☐
Carnet de santé rempli	oui ☐	non ☐
Autorisation de soins mineur signée (Faire une copie)	oui ☐	non ☐
Courrier Médical du Pédiatre (Faire une copie)	oui ☐	non ☐

✓ **A REMPLIR si pas de documents issus si dossier informatisé** :

ATCD médicaux et familiaux de la mère	
Addictions :	
Groupe sanguin Rh Mère :	RAI (date / résultat) :
Sérologies : Toxo : Rubéole : HIV : TPHA : AgHBs : Hépatite C :	
CR détaillé de l'Accouchement : AVB ☐ César ☐ Indication :…… Extraction instrumentale ☐ Indication :……	

Manœuvres ☐ Indication :……
ARCF oui ☐ non ☐
APD ☐ Rachi ☐ AG ☐ Ultiva ☐ Anesth locale ☐ Pas Anesthésie ☐

Date et heure de la rupture des membranes :
LA : Clair ☐ Teinté ☐ Méconial ☐ RSM>12h : oui ☐ non ☐

Contexte infectieux ATB pdt travail oui ☐ non ☐
Nom de la molécule, doses et heure de la dernière administration
……..

Autre :

Clampage tardif	oui ☐	non ☐

Pathologie fœtale dépistée	oui ☐	non ☐
	Précisez :	

✓ **Bilans ou Examens complémentaires bébé :**

Groupe bébé au cordon	oui ☐	non ☐
pH/lactates au **Cordon**	Artériel :	Veineux :
Contrôle pH post natal	Heure :	Résultat :
Surveillance dextro	Heure réalisation :	Résultat :
Autre		

✓ **Feuille de surveillance du bébé de l'Etablissement (si pas de REA) → Faire une copie**
GARDER ORIGINAL A LA MATERNITE

Motif de transfert :

……
……

Alimentation souhaitée :

Allaitement	oui ☐	non ☐
Biberon	oui ☐	non ☐

Traitement médicamenteux à la naissance :

Vitamine K1 donnée	oui ☐	non ☐

Contexte de vulnérabilité à signaler pour PEC :

oui ☐	non ☐
Si oui, précisez :	

Transmissions Puéricultrice ou SF :

Au départ de la maternité (précisez l'heure): …….

KTVP ☐	**KTVO** ☐	**CPAP** ☐	**FiO_2 (%) :**
T° bébé :			
Dextro :			
SpO_2 (SAT) :	**Fréq. cardiaque :**		**Fréq. Respi. :**

Autres éléments à signaler : ……
……
……
……
……

SI REANIMATION à la naissance :
Utiliser la feuille du RSN :« Prise en charge de la réanimation néonatale en SDN »
↳ Faire une copie si le bébé est TRANSFERE & GARDER L'ORIGINAL A LA MATERNITE

« Réanimation à la naissance »

(Si une feuille de réanimation a déjà été remplie la photocopier et la joindre)

Nom			
Prénom			
Date naissance		**Heure naissance :**	**Terme :**
Poids		**pH cordon :**	**Lactates :**

APGAR

Score	**0**	**1**	**2**	**1 min**	**5 min**	**10 min**
Cœur	Absent	<100	>100			
Respiration	0	Faible	N			
Tonus	0	Hypotonie	N			
Réflexes	0	Cri faible	Cri vigoureux			
Couleur	Bleu ou blanc	EX. cyanosées	Rose			
			TOTAL			

Guide pour le remplissage *: Celui qui remplit le tableau énonce à voix haute et claire le temps écoulé depuis la mise en route du chronomètre et note les éléments de surveillance à chaque échéance du remplissage (1 minutes, 2 minutes…). C'est celui qui est à la tête de la réanimation qui donne les éléments de réponse à noter dans le tableau*

SCORE SILVERMAN :

	0	**1**	**2**
Balancement thoraco-abdominal	☐	☐	☐
Tirage intercostal	☐	☐	☐
Entonnoir xiphoïdien	☐	☐	☐
Battements des ailes du nez	☐	☐	☐
Geignement expiratoire	☐	☐	☐

Battement des ailes du nez : 0-Absent 1-Modéré 2- Intense

Tirage intercostal : 0-Absent 1-Intercostal 2-Intercostal et sus sternal

Entonnoir Xiphoïdien : 0-Absent 1-Modéré 2- Intense

Balancement thoraco-abdominal : 0-Respiration synchrone 1-L'abdomen se soulève, le thorax reste immobile

2-Respiration paradoxale

Geignement respiratoire : 0- Absent 1- Audible au stéthoscope 2-Audible à l'oreille

		M0	M1	M2	M3	M5	M7	M10	M15	M20
	Heure									
Surveillance	FC									
	SaO_2									
	Fi O_2 (%)									
	Score SIlverman									
	Température									
	Couleur									
Prise en charge	Aspiration									
	Stimulation									
	Ventilation masque	Insufflations prolongées oui / non								
		PIP max								
	Ventilation sur tube (Taille sonde / repère)									
	CT Début									
	Fin									
	KTVO									
	Adrénaline (IV ou IT / dose)									
Appel opérateurs	2ème SF									
	Pédiatre									
	Interne pédiatrie									
	Anesthésiste									
	IADE									
	SAMU									
Présence opérateur	2ème SF									
	AS/AP									
	Pédiatre									
	Interne pédiatrie									
	Anesthésiste									
	IADE									
	Fin réa									

		M25	M30	M40	M50	H1	1H30 de vie	2H de vie	3H de vie
	Heure								
Surveillance	FC								
	SaO_2								
	Fi O_2 (%)								
	Score Silverman								
	Température								
	Couleur								
	Dextro (unité)								
Prise en charge	Ventilation optiflow								
	Ventilation CPAP								
	Ventilation sur tube								
	KTVO ou VVP								
	Adrénaline								
	Remplissage Produit utilisé/volume								
	ATB (précisez)								
	Autre (G10%...) Heure et dose								
	SAMU (heure arrivée)								
	Fin réa								

Abréviations :
ATB : Antibiotique,
CPAP : continous positive airway pressure,
CT : Compressions Thoraciques
FC : fréquence cardiaque,
KTVO : cathéter veineux ombilical,
VVP : voir veineuse périphérique

Synthèse pédiatre suite à la Réanimation à la naissance :

Eléments de synthèse

……
……
……
……
……
……
……
……

Devenir du nouveau-né :

TRANSFERT	oui ☐	non ☐	
Si oui :	**Heure du transfert par SAMU**		
	Lieu de transfert		
		UK	☐
		SOINS INTENSIFS	☐
		NEONAT	☐
		REA NEONAT	☐
	Mode de transfert	**Incubateur**	☐
		Fauteuil peau à peau (en interne)	☐

Si non :	**Hospitalisation en**	**UK**	☐
		NEONAT	☐