

Transferts néonataux non optimaux - Année 2023

Faxer la feuille au RSN 02 40 12 40 72

Déclarant (*apposer le cachet professionnel ou noter les informations suivantes*)

Nom : Maternité :

Tél (si non communiqué ou modifié) :

Mail (si non communiqué ou modifié) :

Cachet professionnel si besoin

Date : Heure 1^{er} appel :

Appelant (nom et fonction) :

Si le transfert a été réalisé :

Service de néonatalogie « receveur » :

Date de départ si ≠ date appel :

Heure de départ de l'établissement adresseur :

Nom du nouveau-né ou étiquette :

Date de naissance : (Noter si pas d'étiquette ou non noté sur étiquette)

Age gestationnel à la naissance : SA + jours

Type de grossesse : 1- Singleton 2- Gémellaire 3- Triple

Etiquette

Pathologie nécessitant le transfert :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Encéphalopathie anoxie-ischémique | <input type="checkbox"/> Naissance « Outborn » |
| <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire | <input type="checkbox"/> Echec de dépistage d'une malformation grave |
| <input type="checkbox"/> Fractures (membres, crâne) | <input type="checkbox"/> Paralysie du plexus brachial |
| <input type="checkbox"/> Hématome sous dural | <input type="checkbox"/> AVC |
| <input type="checkbox"/> Infection néonatale | <input type="checkbox"/> Erreurs de médicaments, de dispositifs médicaux |
| <input type="checkbox"/> Chutes | <input type="checkbox"/> Malaise grave du nouveau-né en maternité |
| <input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Transfert de la mère pour rapprochement mère enfant : 1- Oui 2- Non

Date du transfert (si différent de celle du transfert du nouveau-né) :

Heure du transfert (si différent de celle du transfert du nouveau-né) :

Transfert : nom des diverses maternités contactées si plus de 2 et motifs refus

1- Néonatalogie Motif refus

2- Néonatalogie Motif refus

3- Néonatalogie Motif refus

Au total, le transfert a été réalisé a été différé n'a pas été réalisé

