

EIG lié à un transfert maternel non optimal - 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)

Transfert effectué par la cellule :

1- Oui, prise en charge en cours de route

2- Non, aucune prise en charge par la cellule

3- autre précisez :

Si le transfert a été réalisé :

Maternité « receveur »

Date de départ si ≠ date appel

Heure de départ de l'établissement adresseur

Nom patiente ou étiquette

Age (noter si pas sur étiquette ou pas étiquette)

Parité (1 pour nullipare)

Age gestationnel (même en cas de TPP)

Présentation : 1 Céphalique 2. Siège 3. Autres

Type : 1- Singleton 2- Gémellaire 3- Triple

Etiquette

TIU : Pathologie nécessitant le transfert

1- MAP seule 2- RPM (avec ou sans MAP) 3- Pré-éclampsie

4- RCIU 5- Placenta prævia (PP) 6- Métrorragies (sans PP) 7- AERCF

8- Autres

TPP : Date accouchement

Patho/ Contexte : 1- Rapprochement mère-enfant 2- Mère atteinte d'HPP

3- Transfert de la mère en réanimation pour 4- Autres

La mère a accouché : 1. Par VB 2. Par césarienne

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

1- Mater Motif refus

2- Mater Motif refus

3- Mater Motif refus

4- Mater Motif refus

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

Raison du report ou du non-transfert
.....
.....

Modalités de transport (si réalisé)

- 1- SMUR par véhicule terrestre 2- SMUR par hélicoptère
- 3- Transport infirmier (sans médecin) 4- Transport ambulancier (sans infirmière)
- 5- Véhicule personnel 6- Autre

Problèmes avec le SAMU/SMUR : 1. Oui 2. Non

Si oui, type de problèmes
.....

Avis sur le transfert

Le transfert s'est :

- 1-moyennement mal passé 2-mal passé 3-très mal passé

Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Souhaitez-vous que le RSN entre en contact avec le(s) établissement(s) contacté(s) ?

- 1. Oui 2. Non