Fiche de liaison pour transfert maternel - 2024

A adresser au receveur

Maternité d'origine

Nom maternité ……...……..……

Nom et fonction de l'appelant …….. Date et heure d'appel ……

Médecins et sages-femmes référents dans la maternité d'origine

1- Gynéco-obstétricien(s) ……
2- Médecin(s) traitant(s) ……..……
3- Autres spécialités médicales ……..……
4- Sage(s)-femme(s) ……

Etiquette

Nom patiente ou étiquette …….……

Age …… (noter si non noté sur étiquette ou absence d'étiquette)

Parité ……. *(1 pour nullipare)*

Age gestationnel …… *(même en cas de TPP)*

Ou DDG ……

Nombre de fœtus : 1- Unique ☐ 2- Gémellaire ☐ 3- Triple ☐

Transfert in utero *(si transfert post-partum, page verso)*

Pathologie nécessitant le transfert

1- MAP seule ☐

2- RPM (*avec ou sans MAP)* ☐ ➔ Date et heure de la rupture …… Couleur LA ……

3- Pré-éclampsie ☐

4- RCIU ☐ ➔ Percentiles……. ➔ Dernier Doppler ……..

EPF …….

5- Placenta prævia ☐

6- Métrorragies (sans PP) ☐

7- ARCF ☐ *(normalement CI au transfert)* 8- Autres ……

Examen de la femme *Date et heure* ……

TA …… Albuminurie (bandelette) …… Alb des 24 h …….

Présentation : 1. Céphalique ☐ 2. Siège ☐ 3. Autres ☐ ……

TV ……...

Echo de col ……

ERCF : satisfaisant ☐ pathologique ☐ ➔ Description ……

Bilan sanguin

GB …….. Hb …… Plaquettes……..

CRP…… Ac urique ……. Créatine…… Transaminases ……

Groupe sanguin …… Rhésus …….. RAI …… faites le ……

RHOPHYLAC ☐ le …….. 200 µg ☐ 300 µg ☐

Sérologies

Toxo …… Rubéole …… BW …….

HIV …… Ag HbS …….. Ac HbC ……. CMV ……

Corticoprophylaxie

- Date et heures des injections ……
- Nom du produit …….. Posologie ……

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

En cas de transfert post-partum

Date accouchement ……..

Pathologie/ Contexte :

1- Rapprochement mère-enfant ☐ 2- Mère avec HPP stabilisée ☐ *(l'HPP est une CI au transfert)*

3- Transfert de la mère en réanimation ☐ pour …… 4- Autres ☐ ……..

L'accouchement a eu lieu par : 1. VB ☐ 2. Césarienne ☐

Modalités de transport

1- SMUR par véhicule terrestre ☐ 2- SMUR par hélicoptère ☐

3- Transport infirmier (sans médecin) ☐ 4- Transport ambulancier (sans infirmier) ☐

5- Véhicule personnel ☐ 6- Autre ☐ ……..……

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

Type de problèmes …….

…….

Avis sur le transfert

Evénements non optimaux à signaler :

si rempli ➔ faxer la fiche EIG transfert au RSN : fax 02 40 12 40 72

Souhaitez-vous que le RSN entre en contact

> **avec l'appelant (maternité « adresseur ») ? Oui ☐ Non ☐** ***Coordonnées .....***

> **avec le SAMU/SMUR ? Oui ☐ Non ☐** ***Coordonnées .....***

……

……

……

……

……

……

Vérification des documents et des informations jointes :

Courriers ☐ Dossier ☐ Résultats biologiques ☐ Carte de groupe ☐ Echographies ☐

Médicaments en cours ☐ Perfusions notées ☐

Signature de l'appelant de la maternité d'origine

Information de la patiente ☐

Avis à noter d'une demande particulière de la patiente

……

……

……

++

- Maternité « receveur » ……

Date arrivée si ≠ de la date de départ …….

Heure d'arrivée *(sinon voir étiquette avec la mention de l'heure++)* ……..

Personne de la maternité qui a été en contact …….. / SF GO

Notes à l’arrivée de la patiente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....