

## Transferts néonataux non optimaux - Année 2024

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<sup>er</sup> 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

