

## EIG lié à un transfert maternel non optimal - 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)** .....

**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**

