



DOSSIER TRANSFERT MATERNEL (OU ORIENTATION)

T 11

à adresser au service de transfert
accompagné d'une fiche « transfert néonatal »
à retourner ensuite à la maternité d'origine

MATERNITÉ

IDENTIFICATION

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : ou âge (années)

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : domicile : travail :
portable :

Adressée par :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Noms des médecins responsables

Dans la maternité	Dans le service de transfert
.....
.....

Grossesse

Simple / Gémellaire / Triple /

Informations complémentaires

Antécédents

Groupe sanguin

Gr Rh

RAI

DDR

DDG

Date prévue acct

Pathologies :

.....

.....

.....

Nom de l'établissement
.....
N° de service
NIP mère

N° de dossier (de service)
.....

N° d'inscription (ou de consult.)
Année
Numéro

N° d'accouchement
Année
Numéro
Type grossesse
Ordre de naissance

N° d'identification dans le réseau
.....

SERVICE DE TRANSFERT

Nom de l'établissement
.....
N° de service
NIP mère

Nom du médecin responsable
.....
.....

N° de dossier (de service)
.....

CONDITIONS DU TRANSFERT MATERNEL

Prendre en compte les patientes qui devaient accoucher dans le service et qui, pour des raisons maternelles et/ou fœtales, sont adressées dans une maternité pour hospitalisation en service G.H.R. pour accoucher ou après accouchement.

Date du transfert : Heure du transfert : h min

Age gestationnel lors du transfert : SA

Provenance : maternité de niveau I maternité de niveau II maternité de niveau III

Lieu du transfert : autre maternité dans le réseau autre maternité hors réseau
 réanimation autre

Etablissement : N° FINESS :

Transfert pour : surveillance spécialisée hospitalisation dans service GHR
 accouchement surveillance post-partum

Motif principal : (*plusieurs réponses possibles*) MAP RPM pathologie vasculaire
 grossesse multiple RCIU souffrance fœtale chronique
 malformation autre

Mode de transport : véhicule personnel SAMU ambulance simple

Traitements en cours : aucun corticoïdes

antibiotiques

tocolytiques

antihypertenseurs

autres

date du dernier traitement :

lequel : dose : mg

ÉVOLUTION DANS LE SERVICE DE TRANSFERT

Date d'arrivée : Heure d'arrivée : h min Durée du transport : h min

Hospitalisation en G.H.R.

Résumé du séjour

Diagnostic principal (DP)
(cf thésaurus).....

Pathologie maternelle

.....

Pathologie fœtale

.....

Diagnosics associés (DA)
(cf thésaurus).....

Pathologie maternelle

.....

Pathologie fœtale

.....

AG au diagnostic **Sortie**



Date de sortie :

si hospitalisation ou HAD, nombre total de jours :

Nombre de jours d'hospitalisation : jours

Durée du séjour dans le service de G.H.R. : jours

Mode de sortie du service G.H.R. :

domicile avec surveillance dans le service de transfert

accouchement dans le service de transfert

domicile avec surveillance dans maternité d'origine

retour dans service G.H.R. de maternité d'origine

retour pour accouchement dans maternité d'origine

si mutation ou transfert :

vers : service GHR réanimation
 autre service

Actes
(cf thésaurus).....

Devenir de la grossesse :

avortement spontané grossesse évolutive

GEU môle IVG

mort. fœtale ≥ 22 sem IMG. < 22 sem

IMG. ≥ 22 sem

Age gestationnel à la sortie du service de G.H.R. (sem) : sem j



Délivrance

Modalités de la délivrance : naturelle dirigée artificielle

Complication de la délivrance : non oui

Si oui, Hémorragies : 500 ml à 1 litre > 1 litre
 Transfusion (sang ou dérivés) : nombre d'unités :
 Autres complications :

Actes associés : non oui

Si oui, révision utérine isolée autre acte

Lésions des parties molles non oui

si oui,

Episiotomie

Déchirure périnéale : superficielle (1^{er} degré) simple (2^e degré)
 complète (3^e degré) compliquée (4^e degré)

Lésions traumatiques (deux réponses possibles) :

déchirure vaginale déchirure cervicale thrombus
 lésion urinaire lésion anale
 rupture utérine diagnostiquée lors de la RU autre lésion

Retour à la maternité d'origine après accouchement non oui

Si oui, délai entre accouchement et retour à la maternité d'origine : h

Résumé du séjour de la mère

Pathologies des suites de couches non oui

si oui,

Infection :

Origine : infection préexistante infection nosocomiale origine inconnue

Type d'infection :

Autres pathologies :

Interventions non oui

si oui,

Révision utérine secondaire

Intervention secondaire à une hémorragie :

Autre intervention :

Sortie

Date de sortie : Durée du séjour : j

Mode de sortie :

domicile bonne santé mutation transfert HAD
 sage-femme dom. hors HAD décès contre avis médical autre

si mutation ou transfert : autre maternité réanimation
 autre service court séjour service moyen séjour psychiatrie

si décès, au ^{ème} jour cause du décès :

Conception AUDIPOG 1998

Révision 2002 - MAJ 02/05

Faculté de Médecine RTH Laënnec

8 avenue Guillaume Paradin 69372 Lyon cedex 08

Tous droits de reproduction réservés

(livre 1^{er} du code de la propriété intellectuelle)



AUDIPOG