

# DOSSIER TRANSFERT NÉONATAL (OU MUTATION)

T 12

à adresser au service de transfert (ou mutation)

## **SERVICE DE NÉONATALOGIE IDENTIFICATION** Nom de l'établissement **Enfant** N° de service ..... NIP enfant ..... N° de dossier (de service) Médecin traitant ou pédiatre : Dr ..... ..... N° d'identification dans le réseau Mère mère ..... Nom marital : ...... Nom de jeune fille : ..... enfant ..... **MATERNITÉ** Nom de l'établissement Date de naissance : U ou âge (années) Adresse: ...... N° de service ..... NIP mère ..... Code postal : L Commune: Tél.: domicile: ...... travail: ..... N° de dossier (de service) portable: ..... **Père** N° d'accouchement Année ..... Nom: ...... Prénom: Numéro..... Type grossesse Adresse (si différente): Ordre de naissance L Code postal : Commune : ..... Noms des médecins responsables SI TRANSFERT IN UTERO Maternité d'origine Service néonatal Maternité de naissance Maternité d'origine N° de dossier (de service) INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Grossesse Simple / Gémellaire / Triple

### **TRANSFERT**

#### Condition du transfert (ou mutation) : Heure de naissance : h min Date de naissance : Date du transfert : Heure de départ : min de vie ou au ième jour ☐ Maternité type I ☐ Maternité type II ☐ Maternité type III Provenance: Réanimation ☐ Soins intensifs ☐ Unité néonatale Chirurgie Autre ..... Lieu de transfert : Réanimation Soins intensifs ☐ Unité néonatale (ou mutation) Chirurgie ☐ Autre mutation intra-muros mutation extra-muros SAMU pédiatrique Mode: voiture particulière SAMU non spécialisé ambulance Si mutation ou transfert extra-muros, Délai entre l'appel du SAMU et son arrivée : Distance entre la maternité (ou le lieu d'origine) et le lieu du transfert : Mise en condition avant transport Présence du transporteur en salle de naissance : non avant la naissance après la naissance Etat de l'enfant lors de la prise en charge : contrôlé instable Température : L Mise en condition par : sage-femme pédiatre anesthésiste réanimateur médecin du SAMU ☐ obstétricien **Monitorage** oui non □ glycémie : ☐, ☐☐ mmol/l □ saturation (oxymétrie de pouls) si oui, 🗆 fréquence cardiaque **Assistance respiratoire** non Oui si oui, Oxygènothérapie □ PPC nasale ☐ Ventilation non invasive : □ autre à IIIIIh ☐ Intubation trachéale : ☐ Ventilation sur tube : Nutrition Sein Biberon ☐ Gavage : ..... Perfusion: **Traitement** non oui oui si oui. ☐ Injection médicamenteuse : □ adrénaline Perfusion : □ voie veineuse périphérique □ cathéter veineux ombilical ☐ Sac (régulo-thermique) Autres thérapeutiques Etat du nouveau-né au moment du départ : contrôlé instable Incident en cours de transport : non □ oui ..... Arrivée dans le service de transfert Date d'arrivée : Durée du transport : h min. Heure d'arrivée ⊥ h ∟ min.



Allongement du TRC : non oui

□ non

□ non

□ oui

□ oui

Température : .

FiO<sub>3</sub>:

SpO<sub>3</sub>: \( \) \%

Glycémie : . . mmol/l

Etat du nouveau-né à l'arrivée : 

contrôlé instable

Ventilation assistée :

Etat respiratoire : Oxygénothérapie :

Tension artérielle movenne :

## **RÉSUMÉ DU SÉJOUR DE L'ENFANT**

(à découper et retourner à la maternité ou au service d'origine)

Estimation de l'âge gestationnel par le pédiatre : SA Mensurations à l'arrivée dans le service de transfert Segment supérieur : L. cm l cm Taille : Périmètre crânien : Percentile: Conclusion: Développement pondéral\*: □ hypotrophique □ eutrophique □ hypertrophique Croissance pondérale\*: □ restriction de pds □ pds normal □ excès de pds Anomalies observées non oui si qui. Lésion traumatique : □ paralysie faciale □ céphalhématome □ fracture de la clavicule □ lésion faciale □ paralysie du plexus brachial □ lésion cuir chevelu □ autre lésion Anomalie constitutionnelle : □ malformation isolée □ syndrome polymalformatif □ anomalie chromosomique description en clair ......description en clair ......description en clair .....description en clair ....description en clair ....description en clair ....description en clair ...description en clai laguelle : □ cardiopathie ductodépendante □ anomalie du tube neural □ atrésie de l'œsophage □ omphalocèle □ laparoschisis □ autre ..... moment du diagnostic : 

anténatal □ néonatal □ à l'autopsie □ non létale □ potentiellement létale □ létale Score maximal de gravité (CRIB) évalué sur 12 heures\*\* CRIB: B.E. max ≤ H12 : FiO<sub>a</sub> min ≤ H : FiO<sub>2</sub> max ≤ H12: **Assistances** Assistance respiratoire : □ oxygénothérapie durée: si oui □ ventilation assistée si oui, laquelle ..... durée: ■ Assistance nutritionnelle : □ alimentation parentérale totale durée : si oui, □ alimentation entérale sur sonde si oui. **Pathologies** non Oui si oui,  $\square$  MMH ■ Pathologie respiratoire □ dysplasie broncho-pulmonaire □ autre ..... Pathologie cardiovasculaire □ remplissage et/ou inotropes Si oui, traitement : □ canal artériel traité médicalement □ autre ..... ☐ Pathologie urogénitale/néphro Origine: 

contamination maternofœtale Pathologie infectieuse □ infection nosocomiale □ inconnue Germe: 

strepto B  $\ \square \ germe \ AMPI \ R$ □ E. coli □ autre ..... ■ Pathologie digestive ■ Pathologie métabolique □ par immunisation **Ictère** □ autre cause ..... □ hémorragie intra-ventriculaire ■ Pathologie neurologique □ leucomalacie péri-ventriculaire □ état de mal convulsif □ autre ..... ☐ Pathologie hématologique Si oui, transfusion (sang) □ non □ oui

http://www.audipog.net

Prise en charge chirurgicale:



non oui

<sup>\*\*</sup> http://www.sfar.org/scores/crib.html

## Présence de l'enfant dans le service

Au 28 <sup>e</sup> jour : non oui					
si oui,	état général à cette date :	□ stabilisé	□ encore instable		
	oxygénothérapie :	□ non	□ oui		
	ventilation assistée :	□ non	□ oui		
	nutrition :	□ parentérale totale	□ parentérale + entérale	□ entérale sur sonde	□ tétée
		si alimentation entérale :	□ lait maternel □ artificielle	□ autre lait féminin □ diététique spéciale	□ mixte
Poids:g Taille:,cm PC:,cm					
<b>A 36 sem. (SA+APN)</b> si acct < 33 SA:  □ non □ oui					
si oui,	état général à cette date :	□ stabilisé	□ encore instable		
	oxygénothérapie :	□ non	□ oui		
	ventilation assistée :	□ non	□ oui		
	nutrition :	□ parentérale totale □ biberon	□ parentérale + entérale □ sein	□ entérale sur sonde	
		si nutrition entérale :	□ lait maternel □ artificielle	□ autre lait féminin □ diététique spéciale	□ mixte
Poids:g Taille:,cm PC:,cm					
Sortie de l'enfant					
Date de	e sortie :	Durée du séjou		Age corrigé (SA+APN) :	⊥ sem + L
Poids à la sortie : g Taille :, cm Périmètre crânien :, cm					
Alimentation (en fin de séjour) : □ lait maternel □ mixte □ artificiel □ diététique spéciale					
Mode de sortie : □ domicile □ mutation □ transfert □ pouponnière □ décès □ autre					
si mutation ou transfert :					
Lieu	: □ maternité type □ réanimation	¥ -	<ul> <li>□ maternité type III</li> <li>□ unité néonatale</li> </ul>		
	□ chirurgie	□ autre			
	f : olissement :				
Etat	de santé à la sor	tie et surveilland	ee.		
Surveillance particulière : non dans le service consult. spécialisée chirurgie programmée					
	ui, sur le plan : □ neurologio □ hématologio	que   respiratoire	•	orthopédique 🗆 infectieus	
Déclara	ation service PMI :	_	Si oui, code postal :		
Vaccina	ations en cours :	aucune DTCPHib	hépatite B	□ autres	
	sous thérapeutiques : 🔲 r		•		
Décès dans le service de transfert					
date : j ou h					
cause du décès (ou facteurs favorisants) : □ fœtale ou néonatale :					
autopsie : □ non faite □ résultat non disponible □ résultat non informatif □ résultat informatif					
Hospitalisation dans le premier mois après la sortie □non □oui					
Si oui, cause :					

**Conception AUDIPOG 1998** 

Révision 2002 - MAJ 02/05 Faculté de Médecine RTH Laënnec 8 rue Guillaume Paradin 69372 Lyon cedex 08 Tous droits de reproduction réservés (livre 1er du code de la propriété intellectuelle)

