



DOSSIER TRANSFERT NÉONATAL (OU MUTATION)

T 12

à adresser au service de transfert (ou mutation)

IDENTIFICATION

Enfant

Nom Prénom Sexe : M / F

Médecin traitant ou pédiatre : Dr

Mère

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : ou âge (années)

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : domicile : travail :
portable :

Père

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

Code postal : Commune :

Noms des médecins responsables

Service néonatal

Maternité de naissance

Maternité d'origine

.....
.....

SERVICE DE NÉONATOLOGIE

Nom de l'établissement

N° de service
NIP enfant

N° de dossier (de service)

N° d'identification dans le réseau

mère
enfant

MATERNITÉ

Nom de l'établissement

N° de service
NIP mère

N° de dossier (de service)

N° d'accouchement

Année
Numéro

Type grossesse

Ordre de naissance

SI TRANSFERT IN UTERO

Maternité d'origine

N° de dossier (de service)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Grossesse Simple / Gémellaire / Triple

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

Poids : g Taille : , cm Périmètre crânien : , cm Segment supérieur : , cm
Percentile :

Conclusion : Développement pondéral* : hypotrophique eutrophique hypertrophique
Croissance pondérale* : restriction de pds pds normal excès de pds

Anomalies observées non oui

si oui,

Lésion traumatique :

lésion faciale paralysie faciale céphalématome fracture de la clavicule
 paralysie du plexus brachial lésion cuir chevelu autre lésion

Anomalie constitutionnelle :

malformation isolée syndrome polymalformatif anomalie chromosomique maladie héréditaire

description en clair

laquelle : cardiopathie ductodépendante anomalie du tube neural atrésie de l'œsophage

omphalocèle laparoschisis autre

moment du diagnostic : anténatal néonatal à l'autopsie

gravité : non létale potentiellement létale létale

Score maximal de gravité (CRIB) évalué sur 12 heures**

B.E. max ≤ H12 :

FiO₂ min ≤ H :

FiO₂ max ≤ H12 :

→ CRIB :

Assistances

Assistance respiratoire :

oxygénothérapie
 ventilation assistée

si oui,

durée : j h

si oui, laquelle

durée : j h

Assistance nutritionnelle :

alimentation parentérale totale
 alimentation entérale sur sonde

si oui,

durée : j h

si oui,

durée : j h

Pathologies non oui

si oui,

Pathologie respiratoire

MMH
 dysplasie broncho-pulmonaire
 autre

Pathologie cardiovasculaire

Si oui, traitement :

remplissage et/ou inotropes
 canal artériel traité médicalement
 autre

Pathologie urogénitale/néphro

Pathologie infectieuse

Origine : contamination maternofoetale
 infection nosocomiale
 inconnue
Germe : strepto B
 germe AMPI R
 E. coli
 autre

Pathologie digestive

ECUN
 autre

Pathologie métabolique

Ictère

par immunisation
 autre cause

Pathologie neurologique

hémorragie intra-ventriculaire
 leucomalacie péri-ventriculaire
 état de mal convulsif
 autre

Pathologie hématologique

Si oui, transfusion (sang)

non oui

Prise en charge chirurgicale :

non oui

* <http://www.audipog.net>

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

Présence de l'enfant dans le service

Au 28^e 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 autre lait féminin mixte
 artificielle diététique spéciale

Poids : g Taille : cm PC : cm

A 36 sem. (SA+APN) 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 parentérale + entérale entérale sur sonde
 biberon sein
si nutrition entérale : lait maternel autre lait féminin mixte
 artificielle diététique spéciale

Poids : g Taille : cm PC : cm

Sortie de l'enfant

Date de sortie : Durée du séjour : j Age corrigé (SA+APN) : sem + j
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 I maternité type II maternité type III
 réanimation soins intensifs unité néonatale
 chirurgie autre

Motif :

Etablissement :

Etat de santé à la sortie et surveillance

Surveillance particulière : non dans le service consult. spécialisée chirurgie programmée
Si oui, sur le plan : neurologique respiratoire digestive orthopédique infectieuse
 hématologique croissance psychosociale

Déclaration service PMI : non oui Si oui, code postal :

Vaccinations en cours : aucune DTCPHib hépatite B autres

Sortie sous thérapeutiques : non oui Si oui, lesquelles

Conseils :

Décès dans le service de transfert

date : âge au décès : j ou h
cause du décès (ou facteurs favorisants) : fœtale ou néonatale :
 obstétricale ou maternelle :
autopsie : non faite résultat non disponible résultat non informatif résultat informatif

Hospitalisation dans le premier mois après la sortie non oui

Si oui, cause :