

FICHE DE LIAISON OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE

T 13

SERVICE DE

NÉONATALOGIE IDENTIFICATION Nom de l'établissement N° de service **Enfant** NIP enfant N° de dossier (de service) Médecin traitant ou pédiatre : Dr RÉSEAU Mère N° d'identification dans le réseau mère Nom marital : Nom de jeune fille : enfant **MATERNITÉ** ou âge (années) Date de naissance : Nom de l'établissement N° de service Code postal: Commune: NIP mère Tél.: domicile: travail: N° de dossier (de service) portable:..... **Père** N° d'accouchement Année Numéro Type grossesse Adresse (si différente): Ordre de naissance L 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

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET ANTÉCÉDENTS

Renseignements généraux

Mode de vie familiale :	□ vit seule □ vit en couple □ autre		Conditions du beneau est président du del gardo)			
Nationalité :						
		_	Contexte psychosocial nécessitant un acompagnement e □ non □ sur le plan psychologique □ sur le plan social □ sur le plan social et psychologique			
Antécédents r	naternels		·	·		
Taille (cm) :	Poids habituel (kg) :					
Groupe: $\Box A \Box E$	B □AB □O		□ négatif □ positif □ négative □ positive	□ non faite		
Pathologies pouvar si oui,	nt nécessiter une su	ırveillance partic	culière □ non □ oui			
diabète						
maladies auto-im	munes		autre			
si oui,	amiliaux ou m	_	éditaires □ non □ maladie génique			
maladie chromos	omique		autre			
n° de grossesse		2	3	4	5	
Issue de grossesse						
Date						
Age gestationnel						
Mode d'accouchemen	t					
Grossesse multiple						
si oui, pour chaque enfar	it:					
Sexe Poids de naissance						
Etat du nouveau-né						
Transfert ou mutation						
. nombre de gross	sesses :	·	. nombre d'enfants	:		
- dont l'issue est :			- pesant moins de 2500	g à terme		
accouchement	(≥ 22 sem)		hypotrophiques (< 5°	perc.)		
avortement spo	ntané					
IVG			- morts-nés (≥ 22 sen	1)		
GEU		décédés en période néonatale (< 28 j)				
IMG		décédés en période postnatale (≥ 28 j)				
- multiples						
- terminées par :		1.1	- malformés ou malac	lie héditaire		
césarienne	m má ma mhu má / 4 07 ==		(y compris IMG et m			
accouchement	prématuré (< 37 sem)			•		



DÉBUT DE GROSSESSE

Déteminatio	n du terme				
Date des dernières	règles : L		Date estimée	du début de grossesse :	
Stérilité préd	cédant cette	grossess	Se: non	oui	
si oui, . traitement o	de l'infertilité : □ ir □ l/		fivette IAC □ ICSI	□ autre AMP	
. grossesse o	obtenue sous traite	ment : □ oui (au	cours d'un cycle tr	aité) □ non (au cours d'un cycle suiv	ant non traité)
		RÉSUMÉ	DE LA GRO	OSSESSE	
Surveillance	de la gross	sesse			
Nombre total de con	sultations prénatale	es:	Sage-	femme ou hospitalisation à domicile :	
(y compris	hors maternité) :			non □ sage-femme □ HAD	
Nombre de consulta	1 1 1	:	Consu	ıltation auprès d'un centre de diagnosti	c prénatal :
dont nombr	re < 28 sem.	et ≥ 28 sem.		non	Zi ala Para a sa sa si
Hospitalisation : □ n	1 1 1			dans l'établissement □ hors de l'é	établissement
si oui, nb de séjours si non, surveillance		nb total de jours sque : □ non		ment maternel souhaité : non □ oui	
Consommat si oui,	ion de prod	uits toxiq	ues non	☐ oui, au cours de la grossesse	
Tabac : □ no Alcool : □ no		r □≥10 cg/	Non	nanie : □ non □ intra-veineuse □ autre n du (ou des) produit(s) :oduit de substitution, lequel :	
Contexte ps	ycho-social				
Situation ou événe	- ment ayant un ret	entissement su	r la grossesse : [☐ non ☐ oui	
si oui, lequel :					
Examens pe	endant la gro	ossesse			AG au diagnostic
Prélèvements fœta	ux: non pre	scrits 🗌 refusé	es 🗌 faits		V
si faits, lesquels :					1 1 1
☐ Amniocentèse	e 🗆 no	ormale □ ano			1 1 1
Autre					LLL SA
Prélèvements bact	ériologiques mate	rnels: non p	rescrits 🗌 refusés	☐ faits	
si faits, lesquels :	vaginal □ ne	égatif □ stre	pto B □ EColi	□ autre	LLL SA
☐ Prélèvement ı	-	égatif □ stre	•	□ autre	1 1 1
0′ 1 .			-		
Sérologies e	•				
RAI:	□ négative	□ positive	□ inconnue		
Rubéole :	□ non immunisée		□ inconnue		
Toxoplasmose : Syphilis :	□ non immunisée□ négative	□ immunisée□ positive	□ inconnue □ inconnue		
VIH:	□ négative	□ positive	□ inconnue		
Hépatite B :	□ Ag HBs ⁻	□ Ag HBs⁺	□ Ac HBs ⁺	□ inconnue	
si Ag HBs+:		□ Ac HBc⁺	□ Ag HBe⁺	□ Ac HBe ⁺	



Pathologies de la grossesse	non oui		
si oui,			
Pathologies maternelles			
☐ Métrorragies 1 ^{er} trimestre :		A	G au diagnostic
□ menace avortement	□ autre métrorragie		ı
☐ Métrorragies 2 ^e -3 ^e trimestre :			\
□ placenta praevia hémorragique	☐ HRP avec trouble coagulation	☐ HRP sans trouble coagulation	1 1 1
□ autre hémorragie avec tr. coagulation	□ autre hémorragie sans trouble coag	ulation	LL SA
☐ Menace d'accouchement prématuré :			1 1 1
□ traitement repos seul	□ traitement médicamenteux	□ hospitalisation	LL SA
Rupture prématurée des membranes			LL SA
☐ Anomalie du liquide amniotique :			1 1 1
□ excès de liquide	□ oligoamnios (sans RPM)		LL SA
☐ Autres pathologies gravidiques (plusieur	rs réponses) :		SA
□ vomissements sévères (< 22 sem)	□ herpès gestationis	□ dermatose PUP	
□ placenta praevia non hémorragique	□ chorio-amniotite	□ transfusion foeto-maternelle	
□ béance du col	si béance du col, cerclage : □ non	□ oui	
☐ Hypertension artérielle (≥ 14/9) :			
□ HTA gravidique sans protéinurie	□ prééclampsie modérée	□ prééclampsie sévère	
□ prééclampsie sévère +HELLP synd.	□ prééclampsie sur HTA préexistante	□ éclampsie	LL SA
☐ Diabète :		·	
□ diabète gestationnel ID	□ diabète gestationnel NID		
□ diabète préexistant ID	□ diabète préexistant NID	□ diabète sans précision	LL SA
Infection urinaire (≥ 10⁵ germes/ml) :	·	·	
□ infection urinaire basse	□ pyélonéphrite	□ infection urinaire non précisée	e LL SA
☐ Infection cervico-vaginale (par germe pa		·	
□ strepto B	□ autre germe		LL SA
☐ Chorio-amniotite			
si oui, germes dans LA			LLL SA
Autres pathologies maternelles			LL SA
Pathologies fœtales diagnostique	ées in utero		
Anomalie de croissance intra-utérine :			LL SA
□ retard de croissance □ mad	crosomie		
Cignos do couffrance festale abranique	(nlugioura ránangos) :		SA
☐ Signes de souffrance fœtale chronique ☐ anomalie doppler ☐ ano		profil biophysique	5A
anomalic doppler	maile dd Nor	prom biopriysique	
☐ Anomalie constitutionnelle (plusieurs ré	ponses) :		LL SA
**	drome polymalformatif		
□ anomalie chromosomique □ ano	malie génique		
			1 1 1
Autres pathologies fœtales (plusieurs re	éponses) :		LL SA
□ iso-immunisation anti-Rh	□ autre iso-immunisation		
□ anasarque fœto-placentaire non immun □ troubles du RCF (autres que signes d'hypoxie fœtale)			
 ☐ fœtopathie alcoolique ☐ mort fœtale in utero (≥ 22 SA) 	□ grossesse abdominale et fœtus	viable	
□ ITIOIT Iœtale III die10 (≥ 22 SA)			
☐ Foetopathie infectieuse acquise :			sa
□ CMV □ toxoplasmose □ rubéole	□ parvovirus □ autre		
,			
☐ Pathologie fœtale spécifique des grosse	esses multiples (plusieurs réponses) :		SA
□ avortement d'un ou plusieurs fœtus			
□ mort fœtale in utero d'un ou plusieurs	fœtus (≥ 22 sem)		
□ syndrome transfuseur transfusé			



Therapeutiques maternelles non oui			
si oui,			
Antibiotiques :	☐ Antihypertenseurs		
☐ Tocolytiques : ☐ en perfusion	Aspirine ou HBPM (à dose préventive)		
□ per os seulement	☐ Barbituriques ou antiépileptiques		
☐ Corticoïdes (pour maturation fœtale) :	☐ Psychotropes		
nombre de cures :	Autres thérapeutiques maternelles		
dernière cure : □ complète □ incomplète			
type : □ bétamétazone □ autre			
Thérapeutiques fœtales ☐ non ☐ oui si oui,			
☐ Amnioperfusion	☐ Transfusion fœtale in utero		
☐ Chirurgie fœtale	☐ Ex sanguino-transfusion fœtale		
☐ Dérivation fœtale	Autres thérapeutiques fœtales		
Transfert maternel ou orientation			
☐ non ☐ oui, dans le réseau ☐ oui, hors réseau	☐ impossibilité de transfert		
Age gestationnel : SA	. si transfert hors réseau,		
NA-415 du Annu afant au animatation	raison : □ manque de place dans le réseau		
Motif du transfert ou orientation : □ MAP □ RPM □ pathologie vasculaire	□ choix médical		
□ grossesse multiple □ RCIU □ souffrance fœtale chroniq	□ choix de la parturiente		
□ malformation □ autre	si impossibilità do transfort		
	raison : □ manque de place		
. si transfert dans ou hors réseau,	□ pathologie maternelle (contre-indication)		
maternité d'origine : □ niveau I □ niveau II □ niveau II	II □ dilatation trop avancée □ refus de la parturiente		
	<u>-</u>		
Retour à la maternité d'origine après transfert ou			
□ non □ pour surveillance □ pour hospitalisation □ pour accouchement □ après accouchemer			
Hospitalisations			
si oui, nb de séjours : nb total de jours :			
	durée : 📖		
	durée :		
1 1 1			
3e hospitalisation: AG: SA Diagnostic principal: .	durée : LLL		



RÉSUMÉ D'ACCOUCHEMENT

Lieu de terminaison de l'accouchement :				
Age gestationnel à l'accouchement: sem j				
Admission pour accour	chement			
Date d'admission :	Heure : h	min Poids : kg		
Mode d'entrée : □ domicile □ muta	ation □ transfert □ domicile après orie	ntation autre:		
Etat des membranes : intac	ctes 🗆 rompues avec début travail 🗆	rompues avec travail retardé		
si travail retardé, âge gestationnel à	ı la rupture : sem j délai ent	re rupture et début du travail : Le j le h		
Mode de début de travail : □ travail spontané □ déclenchement artificiel □ césarienne avant travail si déclenchement artificiel, motifs : □ acct programmé □ gross. prolongée (≥ 42 sem) □ patho. maternelle □ patho. fœtale □ RPM □ mort in utero (≥ 22 sem) □ IMG (≥ 22 sem) □ autre				
Pathologies au cours d	u travail □ non □ oui si fièvre (a	≥ 38°) <i>pendant travail,</i> précisez : ☐☐ ° ☐		
Anomalies du RCF :	☐ non ☐ oui, <i>laquelle</i> :			
Thérapeutiques au cours du travail :	□ non □ oui :			
Antibioprophylaxie: motif	type	: □ peni G □ peni A □ autre		
Accouchement				
Date d'accouchement :	Heure d'accouchemer	nt : L h L min		
Présentation : □ sommet □ siège complet	□ face □ bregma □ siège décomplété □ transverse	□ front		
a diago complet	a uniovoice			
Aspect du L.A. : □ clair □ mécor	nial □ sanglant □ teinté □ au	tre:		
Mode d'accouchement :		Intervention voie basse		
∪ voie basse spontanée		Motif principal :		
\square intervention voie basse :				
□ forceps	□ spatules	Motifs associés :		
□ ventouse□ petite extraction de siège	□ grande extraction de siège □ autre manœuvre sur siège			
□ version extraction	□ autre manœuvre :			
	= faita an urrana	Césarienne		
☐ césarienne pendant le travail :	□ faite en urgence □ programmée faite en début de travail	Motif principal :		
☐ césarienne avant le travail :	□ programmée	Motifs associés :		
	□ non programmée faite en urgence			
Si forceps, ventouse ou spatules, □ 0	détroit inférieur □ détroit moyen	□ sur tête dernière (en cas de siège)		
Durée d'ouverture de l'œuf : L j et L h				
Durée du travail de 5 cm à dilatation co	omplète : LLL h			



Affestifeste avant la flaissafice non oui
Type d'anesthésie :
 ☐ Anesthésie générale : ☐ d'emblée ☐ après péridurale ☐ après rachianesthésie ☐ Anesthésie loco-régionale :
☐ péridurale : ☐ injection unique ☐ avec ré-injection ☐ sur cathéter auto-poussé ☐ sur cathéter PCEA
☐ rachianesthésie : ☐ injection unique ☐ sur cathéter ☐ rachi et péri combinées ☐ Anesthésie locale :
□ bloc du nerf honteux □ autre moyen
si grossesse multiple, anesthésie spécifique au 2º enfant : □ non □ générale □ rachianesthésie □ autre
Complications de l'anesthésie : □ non □ oui si oui, laquelle
Annexes
Anomalie du cordon : □ non □ oui si oui, □ procidence du cordon □ circulaire serré □ nœud vrai □ brièveté du cordon □ insertion vélamenteuse □ autre anomalie
Anomalie du placenta : □ non □ placenta malformé □ autre anomalie
Poids du placenta : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



NOUVEAU-NÉ

Etat à la nais	sance			
	nés : Ordre de	naissance (si grossess	se multiple) :	
	□ féminin □ indétern tre : □ non □ avant la			à 5 min. : à 10 min. :
Réanimation (l'aspiration de prinsi oui,	☐ non ☐ ou cipe n'est pas considé		nation)	
	sage-femme médecin du SAMU Iom	□ obstétricien	anesthésiste	
☐ Ventilation a	us Hood ou sonde nasa	☐ Intubation trale ☐ Massage ca	achéale rdiaque	al durée : min à quelle min. de vie : min adrénaline autre injection
Durée totale de la ı	réanimation : Limi	n 		
Température en fin	de réanimation :	│°	mmol/l	
□ contrôlé □ nécessitant u	né en fin de réanimati ne surveillance particul n transfert ou mutation			
Mensurations	5			
Poids :	g Taille : LLL, L	cm Périmètre	crânien :, _	cm Segment supérieur : LL, L cm
Moment du tr	ansfert (ou muta	ation)		
☐ A la sortie de	e la salle de naissance immédiate □ trans	fert immédiat dans rés	eau □ transfert	immédiat hors réseau
motif:	□ prématurité □ risque infectieux	□ hypotrophie□ malformation		atoire e
☐ Après séjour ☐ mutation (· en maternité différée	sfert différé dans résea	u □ transfert	différé hors réseau
motif :	□ prématurité□ risque infectieux□ cardio-vasculaire□ métabolique	□ hypotrophie□ malformation□ digestif□ neurologique	☐ détresse respira ☐ ictère ☐ hématologique ☐ intoxication	atoire □ autre
Si transfert hors re	éseau, préciser la raiso	n : □ manque de place	e dans le réseau	□ choix médical □ choix de la parturiente
Si transfert décidé	non réalisé ou différé	-		□ manque de moyen de transport possible

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 1er du code de la propriété intellectuelle)

