



# AUDIPOG

# FICHE DE LIAISON OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE

## T 13

### 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)  
.....

#### RÉSEAU

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

.....



# DÉBUT DE GROSSESSE

## Détermination du terme

Date des dernières règles :

Date estimée du début de grossesse :

**Stérilité précédant cette grossesse :**  non  oui

si oui, traitement de l'infertilité :  induction  fivette

IAD  IAC  ICSI  autre AMP .....

grossesse obtenue sous traitement :  oui (au cours d'un cycle traité)  non (au cours d'un cycle suivant non traité)

## RÉSUMÉ DE LA GROSSESSE

### Surveillance de la grossesse

Nombre total de consultations prénatales :

(y compris hors maternité) : .....

Nombre de consultations à la maternité : .....

dont nombre < 28 sem.   et ≥ 28 sem.

Hospitalisation :  non  oui

si oui, nb de séjours :   nb total de jours :

si non, surveillance grossesse à haut risque :  non  oui

Sage-femme ou hospitalisation à domicile :

non  sage-femme  HAD

Consultation auprès d'un centre de diagnostic prénatal :

non

dans l'établissement  hors de l'établissement

Allaitement maternel souhaité :

non  oui

**Consommation de produits toxiques**  non  oui, au cours de la grossesse

si oui,

Tabac :  non  < 10 cg/jour  ≥ 10 cg/jour

Alcool :  non  oui

Toxicomanie :  non  intra-veineuse  autre .....

Nom du (ou des) produit(s) : .....

si produit de substitution, lequel : .....

### Contexte psycho-social

Situation ou événement ayant un retentissement sur la grossesse :  non  oui

si oui, lequel : .....

### Examens pendant la grossesse

**Prélèvements fœtaux :**  non prescrits  refusés  faits

si faits, lesquels :

Amniocentèse  normale  anomalie .....   SA

Autre .....   SA

**Prélèvements bactériologiques maternels :**  non prescrits  refusés  faits

si faits, lesquels :

Prélèvement vaginal  négatif  strepto B  EColi  autre .....   SA

Prélèvement urinaire  négatif  strepto B  EColi  autre .....   SA

### Sérologies en fin de grossesse

RAI :  négative  positive  inconnue

Rubéole :  non immunisée  immunisée  inconnue

Toxoplasmose :  non immunisée  immunisée  inconnue

Syphilis :  négative  positive  inconnue

VIH :  négative  positive  inconnue

Hépatite B :  Ag HBs-  Ag HBs+  Ac HBs+  inconnue

si Ag HBs+ :  Ag HBc+  Ac HBc+  Ag HBe+  Ac HBe+

Autre .....

AG au diagnostic



# Pathologies de la grossesse

non  oui

si oui,

## Pathologies maternelles

- Métrorragies 1<sup>er</sup> trimestre :**
- menace avortement  autre métrorragie
- Métrorragies 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> trimestre :**
- placenta praevia hémorragique  HRP avec trouble coagulation  HRP sans trouble coagulation
- autre hémorragie avec tr. coagulation  autre hémorragie sans trouble coagulation
- Menace d'accouchement prématuré :**
- traitement repos seul  traitement médicamenteux  hospitalisation
- Rupture prématurée des membranes**
- Anomalie du liquide amniotique :**
- excès de liquide  oligoamnios (sans RPM)
- Autres pathologies gravidiques (*plusieurs réponses*) :**
- vomissements sévères (< 22 sem)  herpès gestationis  dermatose PUP
- placenta praevia non hémorragique  chorio-amnionite  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
- Diabète :**
- diabète gestationnel ID  diabète gestationnel NID
- diabète préexistant ID  diabète préexistant NID  diabète sans précision
- Infection urinaire (≥ 10<sup>5</sup> germes/ml) :**
- infection urinaire basse  pyélonéphrite  infection urinaire non précisée
- Infection cervico-vaginale (*par germe pathogène*) :**
- strepto B  autre germe .....
- Chorio-amnionite**
- si oui, germes dans LA* .....
- Autres pathologies maternelles** .....

AG au diagnostic



SA

SA

SA

SA

SA

SA

SA

SA

SA

SA

SA

## Pathologies fœtales diagnostiquées in utero

- Anomalie de croissance intra-utérine :**
- retard de croissance  macrosomie
- Signes de souffrance fœtale chronique (*plusieurs réponses*) :**
- anomalie doppler  anomalie du RCF  altération du profil biophysique
- Anomalie constitutionnelle (*plusieurs réponses*) :**
- malformation isolée  syndrome polymalformatif
- anomalie chromosomique  anomalie génique
- Autres pathologies fœtales (*plusieurs réponses*) :**
- iso-immunisation anti-Rh  autre iso-immunisation
- anasarque fœto-placentaire non immun  troubles du RCF (autres que signes d'hypoxie fœtale)
- fœtopathie alcoolique  grossesse abdominale et fœtus viable
- mort fœtale in utero (≥ 22 SA)
- Foetopathie infectieuse acquise :**
- CMV  toxoplasmose  rubéole  parvovirus  autre .....
- Pathologie fœtale spécifique des grossesses multiples (*plusieurs réponses*) :**
- avortement d'un ou plusieurs fœtus
- mort fœtale in utero d'un ou plusieurs fœtus (≥ 22 sem)
- syndrome transfuseur transfusé

## Thérapeutiques maternelles non oui

si oui,

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques : .....  | <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs                    |
| <input type="checkbox"/> Tocolytiques : <input type="checkbox"/> en perfusion         | <input type="checkbox"/> Aspirine ou HBPM (à dose préventive) |
| <input type="checkbox"/> per os seulement   | <input type="checkbox"/> Barbituriques ou antiépileptiques    |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes (pour maturation fœtale) :                       | <input type="checkbox"/> Psychotropes                         |
| nombre de cures : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>      | <input type="checkbox"/> Autres thérapeutiques maternelles    |
| dernière cure : <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> incomplète | .....   |
| type : <input type="checkbox"/> bétamétazone <input type="checkbox"/> autre .....     |   |

## Thérapeutiques fœtales non oui

si oui,

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amnioperfusion    | <input type="checkbox"/> Transfusion fœtale in utero    |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie fœtale  | <input type="checkbox"/> Ex sanguino-transfusion fœtale |
| <input type="checkbox"/> Dérivation fœtale | <input type="checkbox"/> Autres thérapeutiques fœtales  |

## Transfert maternel ou orientation

- non  oui, dans le réseau  oui, hors réseau  impossibilité de transfert

Age gestationnel :   SA

Motif du transfert ou orientation :

- MAP  RPM  pathologie vasculaire  
 grossesse multiple  RCIU  souffrance fœtale chronique  
 malformation  autre .....

. si transfert dans ou hors réseau,

maternité d'origine :  niveau I  niveau II  niveau III

. si transfert hors réseau,

- raison :  manque de place dans le réseau  
 choix médical  
 choix de la parturiente

. si impossibilité de transfert,

- raison :  manque de place  
 pathologie maternelle (contre-indication)  
 dilatation trop avancée  
 refus de la parturiente

## Retour à la maternité d'origine après transfert ou orientation

- non  pour surveillance  pour hospitalisation GHR  
 pour accouchement  après accouchement

## Hospitalisations non oui

si oui, nb de séjours :

nb total de jours :

1<sup>re</sup> hospitalisation : AG :   SA Diagnostic principal : ..... durée :   j

2<sup>e</sup> hospitalisation : AG :   SA Diagnostic principal : ..... durée :   j

3<sup>e</sup> hospitalisation : AG :   SA Diagnostic principal : ..... durée :   j



## Anesthésie avant la naissance non oui

si 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 .....
- Autre analgésie .....

si grossesse multiple, anesthésie spécifique au 2<sup>e</sup> 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 :      g

- si grossesse multiple, type de placentation :  monochorial - monoamniotique  monochorial - biamniotique  
 bichorial - biamniotique  trichorial - triamniotique  autre combinaison .....

# NOUVEAU-NÉ

## Etat à la naissance

Nombre d'enfants nés :  ordre de naissance (si grossesse multiple) :   
Sexe :  masculin  féminin  indéterminé Score d'Appgar : à 1 min. :  à 5 min. :  à 10 min. :   
Présence du pédiatre :  non  avant la naissance  après la naissance

## Réanimation non oui

(l'aspiration de principe n'est pas considérée comme une réanimation)

si oui,

Faite par :  sage-femme  pédiatre  anesthésiste  
 médecin du SAMU  obstétricien  
Nom .....

Aspiration sous laryngoscope  Ventilation sur tube endotrachéal durée :  min  
 Ventilation au masque  Intubation trachéale à quelle min. de vie :  min  
 Oxygène sous Hood ou sonde nasale  Massage cardiaque  
 PPC nasale durée :  min  Injection médicamenteuse :  adrénaline  autre injection .....

Durée totale de la réanimation :  min

Température en fin de réanimation :  °C Glycémie : ,  mmol/l

## Etat du nouveau-né en fin de réanimation :

- contrôlé
- nécessitant une surveillance particulière en maternité
- nécessitant un transfert ou mutation

## Mensurations

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

## Moment du transfert (ou mutation)

- A la sortie de la salle de naissance
  - mutation immédiate  transfert immédiat dans réseau  transfert immédiat hors réseau
  - motif :  prématurité  hypotrophie  détresse respiratoire  
 risque infectieux  malformation  autre pathologie .....
- Après séjour en maternité
  - mutation différée  transfert différé dans réseau  transfert différé hors réseau
  - motif :  prématurité  hypotrophie  détresse respiratoire  
 risque infectieux  malformation  ictère  
 cardio-vasculaire  digestif  hématologique  
 métabolique  neurologique  intoxication  autre .....

Si transfert hors réseau, préciser la raison :  manque de place dans le réseau  choix médical  choix de la parturiente

Si transfert décidé non réalisé ou différé, préciser la raison :  manque de place  manque de moyen de transport possible  
 autre .....

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<sup>er</sup> du code de la propriété intellectuelle)



**AUDIPOG**