



FICHE DE LIAISON DANS LE CADRE DE TRANSFERTS MATERNELS

A renseigner par le service demandeur, à transmettre au transporteur et receveur

TYPE DE TRANFERT : TIU TPP TIU DE REORIENTATION RME

DONNEES ADMINISTRATIVES

Etablissement demandeur : Date et heure de l'appel :

Coordonnées du service demandeur :

Nom et Tel du médecin demandeur :

Sage-femme en charge de la patiente : Tel :

Etablissement receveur :

Médecin ayant accepté le transfert :

Moyen de transport : Classe 1 (non médicalisé) Classe 2 (paramédicalisé)
 Classe 3 (médicalisé) terrestre Classe 3 (médicalisé) hélicopté

Identité du transporteur : Date et heure du départ :

INFORMATION LA PATIENTE et MOTIF TRANSFERT

TERME : SA + J DDG :

Gr. Unique Gr. Multiple type

Gestité : / Parité : IMC :

Antécédents notables / allergies / traitements antérieurs :

Etiquette patiente
Ou Nom/Prénom
DNN
CP ou ville de résidence

Groupe Rh : RAI : Le Rophylac oui non si oui dose et date

Toxo	Rubéole	TPHA	HIV	AgHBS	HVC	CMV
------	---------	------	-----	-------	-----	-----

INDICATION DU TRANSFERT :

RPM si oui préciser date et heure de rupture Couleur LA

MAP Prééclampsie Métrorragies / prævia :

RCIU Si oui préciser Percentiles Dopplers PFE

DATE ET HEURE DE L'EXAMEN :

Par (Nom, Fonction) :

TA : Pouls : T° : BU : HU :

TV :

ERCF (analyse) :

CU : Oui, Fréquence, durée, intensité :
 Absence

Echographie col : mm Echo obst :

TRAITEMENTS EN COURS (voie, nom, dose, débuté le ...)

Corticoprofylaxie : Date et heure Nom / Posologie

Tocolyse :

ATB débutés le à Précisions :

Autres traitements Précisez

.....

RESULTATS BIOLOGIQUES du : / /

GB Hb Plaquettes CRP

Créatinine ASAT/ALAT

PV Prot 24h ou RPC :

Bilans **en attente** de résultats :

TRANSFERT DU POST-PARTUM

Date et heure d'accouchement :

Indication du TPP : HPP sévère stabilisée Transfert de la femme en réanimation
 Prééclampsie Autre :

Accouchement par : voie basse voie basse instrumentale
 césarienne programmée césarienne en urgence

Préciser :

Délivrance : Pertes sanguines totales estimées :

Analgsie :

Thérapeutiques au cours du travail :

Commentaires :

ENFANT(S)

Poids : Apgar : Lieu d'hospitalisation :

Présenté(s) à ses parents : oui non

Commentaires autres :

SYNTHESE AVANT TRANSFERT :

- Transmission fiche info et consentement
- Réévaluation de la patiente avant départ
- Documents joints (*possibilité joindre check list si complétée*) :

Carte groupe Copie du dossier Copie échographies Copie résultats biologiques
 Traitement en cours VVP identifiées

Nom et Signature Demandeur	Nom et Signature Transporteur	Nom et Signature Receveur
----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Si évènements non optimaux : transmettre une fiche « Prise en Charge Inadaptée transfert », téléchargeable en ligne sur le site du réseau Périnatalité Bretagne – Thématique Transferts maternels