


IMPORTANT..... Ce dossier doit impérativement suivre la patiente lors des différents transferts in utero..... Vérifier que tous les items ont été saisis (en particulier ceux avec un sigle  qui serviront à exploiter les données du transfert in utero).....
Après accouchement retourner ce dossier sous pli postal au ou par fax au secrétariat du Réseau Périnatal

DOSSIER TRANSFERT IN UTERO



Réseau Périnatalité Naître en Alsace

Coordinateur du Réseau
Professeur Bruno LANGER
Tél : 03.88.12.75.03
Fax : 03.88.12.75.00
bruno.langer@chru-strasbourg.fr

Secrétaire du Réseau
Martine FESSEL
Tél : 03 88 12 84 25
martine.fessel@chru-strasbourg.fr

Département de Gynécologie-Obstétrique
Hôpital de Hautepierre
B.P. 49
67098 Strasbourg Cedex




















DEFINITION D'UN TRANSFERT IN UTERO :


"Orientation d'une patiente pour son accouchement vers une autre maternité dont le niveau de soins est adapté à son état de santé et/ou à celui de son futur bébé"

Cette définition inclut les retransferts, les départs du domicile de la patiente, les transferts par manque de place


Cette définition exclut les transferts pour convenance personnelle de la patiente

V 1.0.2. 17/04/2012

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE			
 Nom	 Prénom		
Nom de Jeune Fille	 Date de naissance		
Adresse			
N° téléphone 1		N° téléphone 2	
Médecin (ou sage femme) ayant suivi la grossesse (pour le retour de courrier)			
GROSSESSE ACTUELLE			
 Date des dernières règles utilisée pour le calcul du terme de la grossesse			
Date de début de la grossesse			
 <input type="checkbox"/> Grossesse unique			
 <input type="checkbox"/> Grossesse G BCBA	 <input type="checkbox"/> Grossesse G MCBA	 <input type="checkbox"/> Grossesse G MCMA	 <input type="checkbox"/> Grossesse triple
Date du 1er transfert in utero		Terme de la grossesse au transfert	
 Date de la 1e dose corticothérapie		Heure de la 1e dose corticothérapie	
MOTIF DU TRANSFERT IN UTERO			
 <input type="checkbox"/> MAP		 <input type="checkbox"/> GG Syndrome transfuseur transfusé	
 <input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes		 <input type="checkbox"/> Malformation foetale	
 <input type="checkbox"/> RCIU / doppler		 <input type="checkbox"/> Placenta accreta	
 <input type="checkbox"/> Prééclampsie		 <input type="checkbox"/> Manque de place	
 <input type="checkbox"/> Autre motif en clair			

IMPORTANT..... Ce dossier doit impérativement suivre la patiente lors des différents transferts in utero..... Vérifier que tous les items ont été saisis (en particulier ceux avec un sigle  qui serviront à exploiter les données du transfert in utero).....
Après accouchement retourner ce dossier sous pli postal au ou par fax au secrétariat du Réseau Périnatal

1 ER TRANSFERT IN UTERO	
 Service d'origine	 Service receveur
N° téléphone	N° téléphone
Nom du médecin responsable du transfert in utero	Nom du médecin contacté pour le transfert in utero
Date et heure 1er contact téléphonique	
 Type maternité d'origine	 Type de la maternité receveuse
MODALITES DU 1 ER TRANSFERT IN UTERO	
 Date du TIU	
 Heure de départ	 Heure d'arrivée
MODALITES DE TRANSPORT	
 <input type="checkbox"/> Voiture personnelle	 <input type="checkbox"/> Ambulance médicalisée (médecin ou sage femme)
 <input type="checkbox"/> Ambulance non médicalisée (VSL)	 <input type="checkbox"/> SMUR
 Tocolyse IV tractocile pendant le transport <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
SEJOUR DANS LE SERVICE RECEVEUR	
Durée totale du séjour (en jours)	 Date départ (ou date accouch)
Terme grossesse à l'arrivée	Terme grossesse au départ (ou accouch)
Eléments marquants concernant le séjour	
SUITES	
 <input type="checkbox"/> Retour vers le service d'origine (compléter une fiche volante du 2e TIU, àagrafer sur le dossier TIU)	
 <input type="checkbox"/> Transfert vers autre maternité (compléter une fiche volante du 2e TIU, àagrafer sur le dossier TIU)	
 <input type="checkbox"/> Retour domicile, ne pas oublier de remettre une copie de ce dossier TIU à la patiente	
 <input type="checkbox"/> Accouchement sur site (compléter la fiche accouchement)	

IMPORTANT..... Ce dossier doit impérativement suivre la patiente lors des différents transferts in utero..... Vérifier que tous les items ont été saisis (en particulier ceux avec un sigle  qui serviront à exploiter les données du transfert in utero).....

Après accouchement retourner ce dossier sous pli postal au ou par fax au secrétariat du Réseau Périnatal

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ATCD allergiques

ATCD médicaux

ATCD chirurgicaux

ATCD obstétricaux (si césarienne, joindre CRO et radiopelvimétrie si disponibles)

COCHER DOCUMENTS JOINTS AU DOSSIER DE TIU

Groupe rhésus phénotype (carte)

Dernier résultat RAI

Si Rh négatif, date et dose de la dernière injection Anti D

Sérologie toxoplasmose

Sérologie rubéole

Sérologie BW

Sérologie HIV

Sérologie hépatite B

Evaluation du risque de T2I

Si caryotype réalisé, résultat

Résultats des derniers examens biologiques

Prélèvement bactériologique vaginal

CRP

Hémocultures

ECBU

Crase

Bilan hépatique

Comptes rendus échographiques


Derniers cardiocogrammes (si utile)





















Photocopie de la consultation d'anesthésie

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Personne à prévenir (qualité, nom et N° téléphone)

Divers

IMPORTANT..... Ce dossier doit impérativement suivre la patiente lors des différents transferts in utero..... Vérifier que tous les items ont été saisis (en particulier ceux avec un sigle  qui serviront à exploiter les données du transfert in utero).....
Après accouchement retourner ce dossier sous pli postal au ou par fax au secrétariat du Réseau Périnatal

FICHE ACCOUCHEMENT				
 Lieu accouchement				
 Date d'accouchement		Terme d'accouchement		
MODALITES D'ENTREE EN TRAVAIL				
 <input type="checkbox"/> Spontané		 <input type="checkbox"/> Echec de tocolyse		
 <input type="checkbox"/> Déclenchement du travail		 <input type="checkbox"/> Césarienne prophylactique		
MODALITES D'ACCOUCHEMENT				
 <input type="checkbox"/> Voie basse spontanée		 <input type="checkbox"/> Voie basse instrumentale (ventouse, forceps, spatules)		
 <input type="checkbox"/> Césarienne prophylactique		 <input type="checkbox"/> Césarienne en cours de travail		
NOUVEAU NE (ou J1 si grossesse gemellaire)				
 <input type="checkbox"/> Sexe garçon		 <input type="checkbox"/> Sexe fille		
 Poids		 Apgar à 5 min		
 Ph au cordon				
NOUVEAU NE (ou J2 si grossesse gemellaire)				
 <input type="checkbox"/> Sexe garçon		 <input type="checkbox"/> Sexe fille		
 Poids		 Apgar à 5 min		
 Ph au cordon				
Evolution néonatale immédiate				
ANALYSE DU DOSSIER TIU				
Pertinence indication du TIU	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pertinence modalités du transport	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pertinence destination	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pertinence réventuel etransfert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pertinence lieu d'accouchement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4