



# FICHE DE LIAISON POUR TRANSFERT MATERNEL

**RAISON DE LA DEMANDE :** Pathologie maternelle pré-existante  Pathologie de la grossesse en cours   
Pathologie fœtale  Problème maternel en post-partum

Service transférant (demandeur)	Service receveur

## PARTURIENTE

Nom : Prénom :  
Date de naissance :  
Début de la grossesse :  
Age gestationnel ce jour :

Etiquette
-----------

## MEDECIN TRAITANT

Nom :  
Adresse :

## HOSPITALISATION DE LA MERE

Date : du au  
Motif hospitalisation : Diagnostic final :

## TRANSFERT

Date en cours : Heure d'appel :  
Motif du transfert :  
Situation clinique de la mère :

Traitements en cours :

## CORTICOTHERAPIE

Date et heure des injections  
Nom du produit : Doses unitaires :

**MODE DE TRANSPORT :** SAMU  Transport infirmier  Transport ambulancier   
Heure de départ :

**NOM LISIBLE ET SIGNATURE DU MEDECIN DEMANDEUR**

## **RESULTATS BIOLOGIQUES**

### **GROUPE SANGUIN** (photocopie si besoin)

ABO et Rhésus :

Phénotype

Agglutinines irrégulières

Injection de RHOPHYLAC : dose et date :

### **SEROLOGIES**

Toxoplasmose

Rubéole

BW

HIV

HbS

HbC

CMV

### **TESTS TRISOMIE 21**

### **CARYOTYPE**

**AVIS D'UN CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL**

- Où ?

- Quand ?

- Pourquoi ?

**S'ASSURER DE L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS AU TRANSFERT MATERNEL**

- Hémorragie obstétricale vitale

- HRP

- Eclampsie

- SFA

- Accouchement imminent

**AVIS SIGNE DE LA PARTURIENTE (si possible)**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**