

## Requête de transfert néonatal

<b>CUSM - HME</b> 514.934.4425	<b>CHU STE-JUSTINE</b> 514.345.4712	<b>CHUL</b> 418.656.4141 Ext 72106	<b>CHUS</b> 819.346.1110 Ext 14302	Autres si requis	
			<b>EVAQ</b> Tél : 418.522.0067 Fax : 418.877.6936	<b>CCPQ</b> Tél: 1.877.675.4992 Fax: 514.345.4993	
<b>Date de l'appel:</b> _____ <b>Heure :</b> _____			<b>Nom du bébé</b> _____		
<b>Centre Référent:</b> _____			<b>Numéro de dossier</b> _____		
<b>Nom du Contact :</b> _____			<b>Nom de la mère</b> _____		
<b>No de Téléphone:</b> _____			<b>Age gestationnel</b> _____ <b>sem</b>		
<b>Raison du transfert :</b>					
Demande de Transport néonatal : <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> Ste-Justine <input type="checkbox"/> CHUQ <input type="checkbox"/> CHUS				<input type="checkbox"/> Demande de Réorientation par CCPQ	
<b>MATERNEL</b>	Age ____ ans G ____ P ____ A ____ DDM/DPA _____ Groupe sanguin: ____ SGB ____				
	VDRL ____ Rubéole ____ HBsAg ____ VIH ____ Gémellaire _____				
	Histoire obstétricale :				
	Travail : _____ Membranes Intactes <input type="checkbox"/> Rompues <input type="checkbox"/> ____/____ : ____ : ____ jour/mois; heure :minutes				
	Présentation : <input type="checkbox"/> Vertex <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> _____ autre Accouchement : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> César <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Forceps; Fréquence _____ Complications : _____ pH cordon : _____				
<b>NÉONATAL</b>	DDN : ____/____ ____ : ____ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ Poids : _____ gr APGAR : ____ <sup>1</sup> ____ <sup>5</sup> ____ <sup>10</sup> jour/mois heure :minutes				
	<b>Réanimation</b>			<b>Signes Vitaux Courants</b>	
	Toilette trachéale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			RR : ____ RC : ____ TA : ____	
	Respiration: <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> TET			F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> ____ pour Sat. de ____%	
	Oxygène : <input type="checkbox"/> Oui F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> ____ Min : ____			<b>Ventilation assistée</b>	
	Compressions <input type="checkbox"/> Oui ____ minutes			<input type="checkbox"/> VPP <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> VHF	
Médicaments : Épi <input type="checkbox"/> Oui Dose ____ IV/TET			Fréquence : ____ Pression : ____		
<b>Examen Physique :</b>					
<b>Évolution post natale:</b>					
IV : _____ Glycémie : ____ <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> Antibiotiques :					
Gazométrie : ____ : ____/____/____/____ FSC ____ : ____/____/____/____ Blancs : ____ Hb : ____ Plaquettes : _____ heure : pH / pCO <sub>2</sub> / Bic / EB					
Radiographie : _____					
<b>Recommandations :</b>					
<b>Signature :</b>					