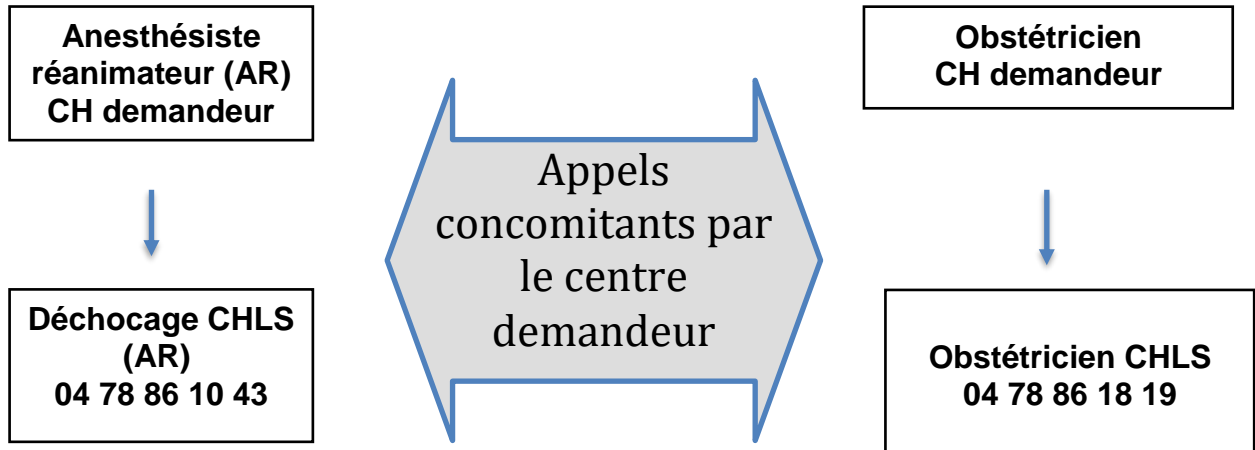


FICHE TRANSFERT HPP VERS LYON SUD



Décision collégiale Anesthésiste Réanimateur (AR) /Obstétricien

APRES accord du CHLS → Allo SAMU : 04 72 63 40 00 (ou 15 si Rhône)

<p><u>Identité patiente</u> Nom : Prénom : DDN : Contact d'urgence :</p>	<p><u>Maternité d'origine :</u> Nom Obstétricien : Nom AR : Téléphone/contact :</p>
<p><u>Antécédents significatifs</u></p>	<p><u>Évènements significatifs grossesse actuelle</u></p>
<p><u>Accouchement</u></p> <p><input type="checkbox"/> voie basse eutocique <input type="checkbox"/> extraction instrumentale <input type="checkbox"/> césarienne</p> <p><input type="checkbox"/> DDC <input type="checkbox"/> DNC <input type="checkbox"/> DDI <input type="checkbox"/> DNI</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions périnéales type/suture :</p> <p><input type="checkbox"/> Dernière hémoglobine connue avant accouchement :g/L</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Éventuelles précisions :</p>	

<p style="text-align: center;"><u>Horaires</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Date et Heure accouchement</u></p> <p>.....</p> <p>Heure Dg HPPI :</p> <p>Heure 1^{er} appel CHLS :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Paramètres au diagnostic</u></p> <p>Pertes sanguines : mL</p> <p>Évaluation : <input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> pesée</p> <p>TA:</p> <p>FC :</p>
--	--

<u>Prise en charge</u>	Résultats
<input type="checkbox"/> RU Heure :h.....	
<input type="checkbox"/> Révision sous valves Heure :h.....	
<input type="checkbox"/> SAD Heure de pose :h.....	
<input type="checkbox"/> Échographie abdo Heure :h.....	
<input type="checkbox"/> Autre imagerie (à préciser) Heure :	
<input type="checkbox"/> Oxytocine Nombre d'unités : ou <input type="checkbox"/> Carbétocine	
<input type="checkbox"/> Nalador Heure d'initiation : Vitesse initiale : Nombre d'ampoules reçues :	
<input type="checkbox"/> Acide tranexamique : <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/> fait g	
<input type="checkbox"/> Ballon de tamponnement intra utérin Heure de pose :h..... Remplissage :ml	
<input type="checkbox"/> Contrôle position du ballon écho : <input type="checkbox"/> oui en place <input type="checkbox"/> oui pas en place <input type="checkbox"/> non pas de contrôle	
<input type="checkbox"/> Nombre de champs intra-vaginaux :	
<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale Heure :h.....	
Gestes réalisés :	
Mesures médicales	
<input type="checkbox"/> Remplissage (type/volume) :	
<input type="checkbox"/> Noradrénaline. Posologie : Heure de début :h.....	
<input type="checkbox"/> AG - Heure intubation :h.....	
<input type="checkbox"/> Fibrinogène : g	
<input type="checkbox"/> CGR :poches <input type="checkbox"/> PFC : poches <input type="checkbox"/> MCP/CPA : poches	
<input type="checkbox"/> Antibioprophylaxie (nom, posologie, heures):	

Immédiatement avant transfert	Pertes sanguinesmL
Equipe Lyon Sud prévenue : <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> obstétricien	
<input type="checkbox"/> 2 VVP <input type="checkbox"/> cathéter artériel	
<input type="checkbox"/> Dernière hémoglobine réalisée avant transfert (<60min) Valeur :g/L Si <80g/L → discuter transfusion CGR	
<input type="checkbox"/> Bilan de coagulation prélevé Heure :h.....	
<input type="checkbox"/> Si césarienne ou chirurgie d'hémostase : hémopéritoine : <input type="checkbox"/> oui Volume :mL. <input type="checkbox"/> non	

Transmission des documents suivants
<input type="checkbox"/> CRO si césarienne/chirurgie/extraction <input type="checkbox"/> Toutes les biologies post-accouchement
<input type="checkbox"/> Consultation d'anesthésie <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel (Carte groupe/RAI/bordereau délivrance PSL)

Pendant le transfert :
Poursuivre les traitements initiés avant transfert : Nalador (prévoir quantité suffisante nécessaire), remplissage, transfusion...