



Installation : _____

**FICHE DE TRANSFERT À L'ÉQUIPE D'OBSTÉTRIQUE
SERVICE DE SAGE-FEMME**

Dossier : _____
Nom, prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj
NAM : _____ Exp. : _____
aaaa/mm
Nom, prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES ET RAISON DU TRANSFERT

Âge : _____ G : _____ T : _____ P : _____ A : _____ V : _____
Date prévue d'accouchement : _____ aaaa/mm/jj Nombre de semaines : _____ Groupe Rh : _____
Nom, Prénom du partenaire : _____
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ Allergies : _____
Consultation en gynécologie au cours de la grossesse : ☐ Oui ☐ Non Raison : _____
Date et heure de la demande : _____ aaaa/mm/jj hh:mm Médecin répondant : _____
Date et heure du transfert : _____ aaaa/mm/jj hh:mm
Raison du transfert : ☐ Périnatal ☐ Postnatal immédiat _____

GROSSESSE, TRAVAIL, ACCOUCHEMENT ET POSTPARTUM

Particularités : _____
☐ AVAC ☐ Antidépresseurs : _____ Autres médicaments : _____
☐ Hépatite B ☐ SARM connu
Statut rubéole : ☐ Immune ☐ Non-immune ☐ Dépistage COVID fait : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ S/O
Streptocoques groupe B : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Couvert ☐ Non couvert
Antibiotiques en travail : _____ Nombre de dose(s) : _____ Heure de la dernière dose : _____ hh:mm

LATENCE	DÉBUT DU TRAVAIL	COMPLÈTE	DÉBUT POUSSÉE	RUPTURE MEMBRANES
Date : _____ aaaa/mm/jj	Date : _____ aaaa/mm/jj	Date : _____ aaaa/mm/jj	Date : _____ aaaa/mm/jj	Date : _____ aaaa/mm/jj
Heure : _____ hh:mm	Heure : _____ hh:mm	Heure : _____ hh:mm	Heure : _____ hh:mm	Heure : _____ hh:mm

Liquide amniotique (aspect/couleur) : _____
Contractions : ☐ Aucune ☐ Régulières : _____ ☐ Irrégulières : _____
Cœur fœtal : Rythme de base : _____ Décélérations : _____ Depuis : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm
Date et heure de la naissance : _____ aaaa/mm/jj hh:mm
Heure de la dernière miction : _____ hh:mm
Lacérations : _____
Délivrance placentaire : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm ☐ Complète ☐ Incomplète
Utérotoniques administrés : _____ ☐ S/O

MÉDICATION REÇUE À L'ACCOUCHEMENT/POSTPARUM IMMÉDIAT

☐ Antibiotiques : _____ Nombre de doses : _____
☐ Solution de remplacement : _____
☐ Analgésique : _____
☐ Produits naturels : _____
☐ Autre(s) : _____

- ☐ Copie du dossier obstétrical (feuilles 1-2-3-4-5), laboratoires et consultations antérieures remise.
☐ Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216) signée et versée au dossier.

Signature de la sage-femme : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj