Réseau de Périnatalité Occitanie

CLASSEUR TRANSFERT RPO

Etablissement Occitanie Est

SIREN : 841 258 650 – N° d'organisme de formation : 76310931931 – N° DPC : 9062 – www.perinatalite-occitanie.fr

Site Toulouse
Maison des réseaux
24 impasse de la Flambère
31300 TOULOUSE

Site Montpellier
Espace Henri Bertin Sans
Bat A – 59 avenue de Fès
34080 MONTPELLIER

Réseau de Périnatalité Occitanie

SOMMAIRE

1. Présentation

- ✓ Avertissement p3
- ✓ Présentation p4
- ✓ L'Occitanie, carte et coordonnées p5
- ✓ Zones limitrophes, carte et coordonnées p7
- ✓ Tableau indicatif temps distances p9

2. Transfert in utero (TIU) p10

- ✓ J'ai besoin de transférer une patiente
- ✓ Je suis sage-femme en SDN de type 3, je reçois un appel d'un établissement demandeur d'un TIU en dehors des heures d'ouverture de la structure d'appui aux transferts périnataux.

3. Rapprochement mère enfant (RME) p13

- ✓ Procédure d'appel
- ✓ Documents nécessaires
- ✓ Avant le transfert

4. Transfert maternel du post partum (TPP) p14

- ✓ 1 seul numéro d'appel
- ✓ Documents nécessaires
- ✓ Conditionnement de la patiente

5. Evènements Indésirables Liés à l'Activité de Soins (EIAS) p15

- ✓ Définition
- ✓ Objectifs
- ✓ Procédures
- ✓ Suivi / évaluation

6. Outils

- Outil 1 = Fiche_Liaison_TIU p17
- Outil 2 = Fiche_Liaison_RME p21
- Outil 3 = Fiche_Liaison_TPP p24
- Outil 4 = Fiche_EIAS p28
- Outil 5 = Vecteurs p30
- Outil 6 = Conditionnement p35
- Outil 7 = Recueil p36
- Outil 8 = Checklist p37
- Outil 9 = Consentement_Patiente p38
- Outil 10 = Fiche_Usagers p39
- Outil 11 = (à venir) Fiches de présentation des maternités accueillant des patientes transférées .....

AVERTISSEMENT AVANT UTILISATION

Ce classeur regroupe plusieurs outils d'aide à la décision d'un transfert périnatal.

Ces informations compilées sont le fruit d'un travail de réflexion mené par le Réseau Périnatal Occitanie en concertation avec des professionnels de santé impliqués directement dans la thématique des transferts.

Ce travail est provisoire et préliminaire. Il a pour objectif d'aider rapidement les professionnels de terrain à s'organiser pour la bonne conduite d'un transfert périnatal sans pour autant se substituer à la compétence et l'autonomie des personnels médicaux en charge des transferts quotidiennement.
Au cours de l'année 2020 des groupes de travail seront créés pour modifier ces outils grâce aux retours des professionnels de terrain.

Si vous souhaitez intégrer ces groupes de travail et/ou faire profiter le réseau de vos commentaires, ajouts, remarques, veuillez nous contacter :

- *Par mail : transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr*
- *Par téléphone : 0.806.14.20.14*

Le 14/01/2020

Professeur, Docteur, Madame, Monsieur,

La Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) s'occupait depuis 2004 des transferts périnataux sur le Languedoc Roussillon. Basée au sein de la maternité du CHU Arnaud de Villeneuve, ce service doit modifier son activité de conseil des transferts périnataux à la demande de l'Agence Régionale de Santé Occitanie. L'ARS a pour volonté d'harmoniser les fonctionnements des deux cellules de transferts périnataux des deux ex-régions LR et Midi Pyrénées.
Les conseils de transferts périnataux seront désormais assurés par des sages-femmes et des médecins du Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO). Cette équipe, à l'image du RPO, regroupe des professionnels issus des différents types de structure des secteurs privé et public, dont des anciens membres de la CROP.

En pratique :

1- Ce service sera, compte tenu des moyens alloués au RPO, dans un premier temps **disponible de 8h à 20h en jours ouvrés (hors weekends et jours fériés et** sur un numéro unique, le **0806 14 20 14.**
2- La nuit, les weekends et jours fériés, les maternités de type 3 (CH de Perpignan, CHU de Montpellier et CHU de Nîmes) assureront la régulation des transferts des maternités de leurs bassins de population respectifs. Ils seront joignables via le même numéro unique **0806 14 20 14**.
3- Le démarrage de cette nouvelle organisation est prévu dans le courant du 1er semestre 2020
4- La continuité de ce service 24h/24, 365j/an restera un objectif majeur du RPO à moyen terme.

Dans la continuité de ce que proposait la CROP, notre équipe vous accompagnera au quotidien pour faciliter le transfert de vos patientes. Nous assurerons également un retour d'informations à la suite des transferts afin de tenir informés les établissements demandeurs à H24, J3, J7.
Les référentiels et outils d'aides à la décision de transfert seront actualisés et diffusés prochainement dans les établissements et feront l'objet d'un groupe de travail au cours de l'année 2020.
Nous viendrons prochainement à votre rencontre, pour nous présenter et recueillir vos attentes.
En attendant cette prochaine rencontre, nous restons à votre écoute pour répondre à vos éventuelles interrogations.
Bien confraternellement

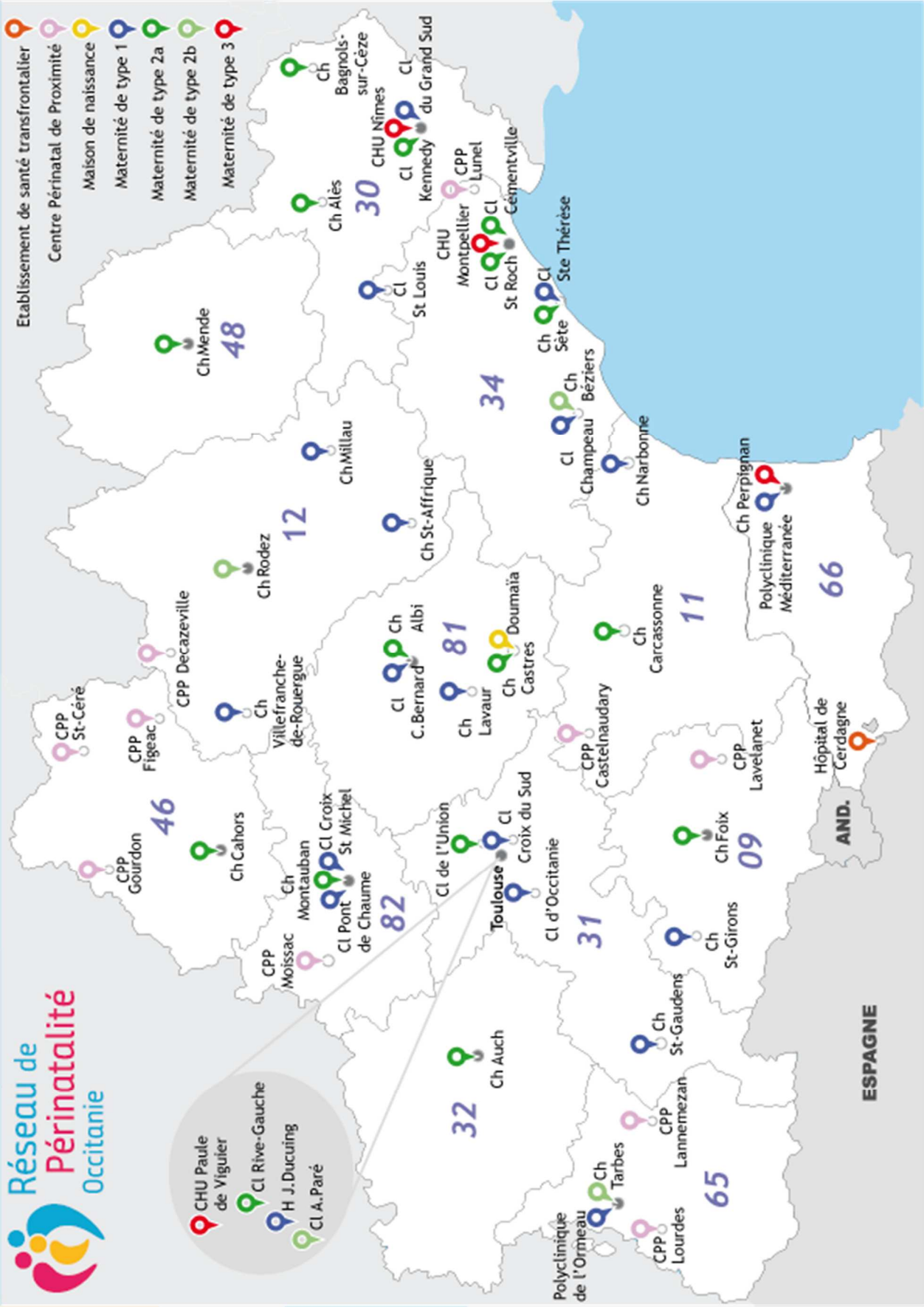
Ce mail a été validé et cosigné dans sa forme et son contenu par les chefs de services des maternités de type 3 de l'ex Languedoc Roussillon à savoir :

Pr Pierre Boulot, chef de service de gynécologie obstétrique du CHU Arnaud de Villeneuve de Montpellier.

Pr Renaud De Tayrac, chef de service de gynécologie obstétrique du CHU Carémeau de Nîmes.

Dr Nathalie Clainquart, chef de service de gynécologie obstétrique du CH Saint Jean de Perpignan.

Pour l'équipe des transferts du RPO
SF Clervoy Romain,
Coordinateur médical RPO
04 48 19 26 62 / 06 26 92 18 69
r.clervoy@perinatalite-occitanie.fr


Etablissement de santé transfrontalier
Centre Périnatal de Proximité
Maison de naissance
Maternité de type 1
Maternité de type 2a
Maternité de type 2b
Maternité de type 3
Réseau de Périnatalité Occitanie
CHU Paule de Viguier
Cl Rive-Gauche
H J.Ducuing
Cl A.Paré
Ch Mende
48
Ch Bagnols-sur-Cèze
CHU Nîmes
Cl Kennedy
Cl du Grand Sud
Ch Alès
30
CPP Lunel
Cl Cémentville
CHU Montpellier
Cl St Roch
Cl Ste Thérèse
Cl St Louis
Ch Sète
34
Ch Béziers
Cl Champeau
Ch Narbonne
Ch Millau
Ch St-Affrique
12
Ch Rodez
CPP Decazeville
Ch Villefranche-de-Rouergue
CPP Figeac
CPP St-Céré
CPP Gourdon
46
Ch Cahors
Ch Albi
Cl C.Bernard
81
Ch Lavaur
Ch Castres
Doumaïa
Ch Carcassonne
11
Ch Perpignan
Polyclinique Méditerranée
66
Hôpital de Cerdagne
AND.
CPP Castelnaudary
CPP Lavelanet
Ch Foix
09
Ch St-Girons
Ch St-Gaudens
CPP Lannemezan
65
CPP Lourdes
Ch Tarbes
Polyclinique de l'Ormeau
Ch Auch
32
CPP Moissac
Ch Montauban
Cl Croix St Michel
Cl Pont de Chaume
82
Cl de l'Union
Toulouse
Cl Croix du Sud
Cl d'Occitanie
31
ESPAGNE

Coordonnées des établissements Occitanie

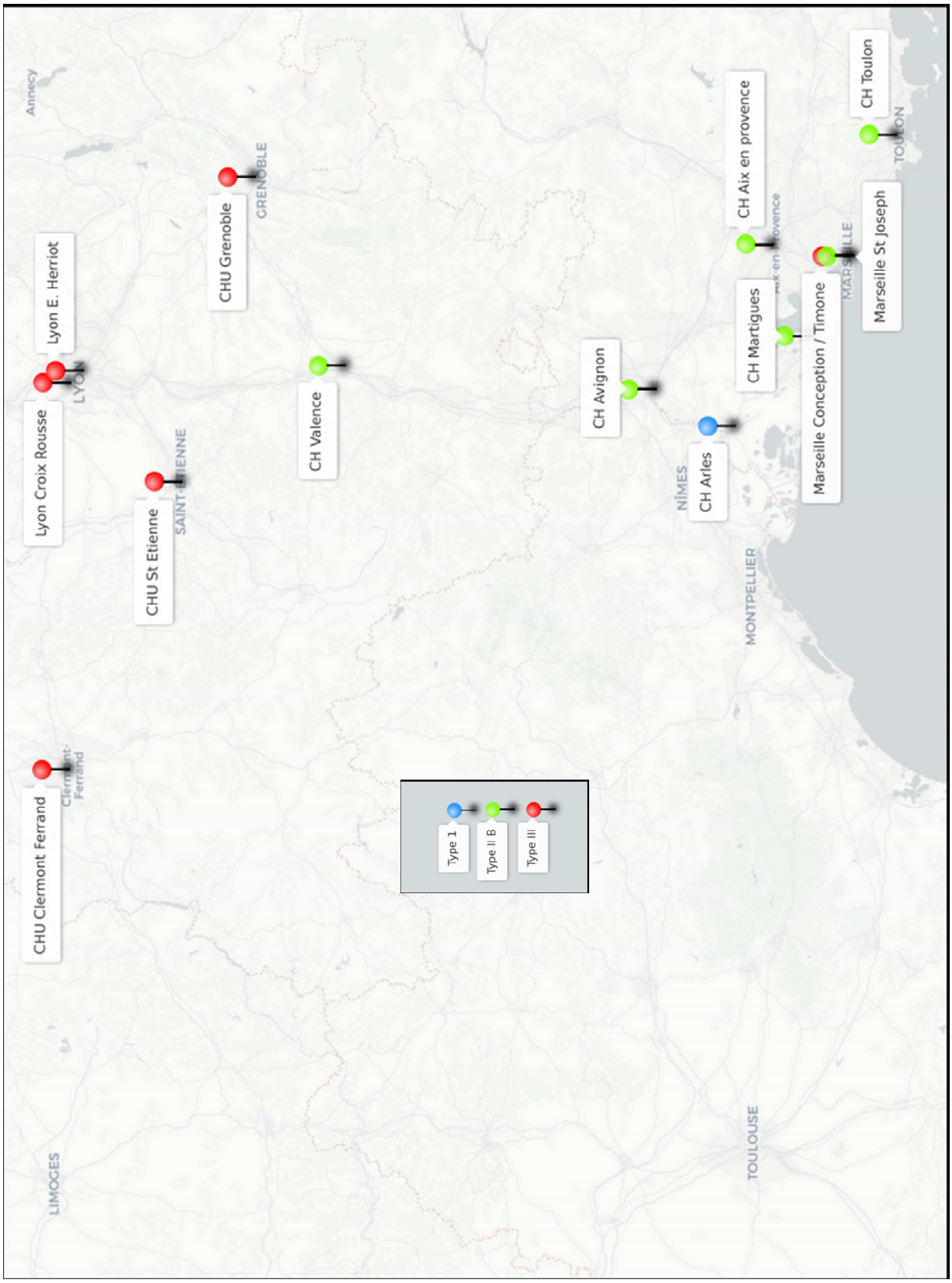
Département		Etablissement	Type	AG / EPF de PEC	Sage-femme	GO	Pédiatre	Anesthésiste
11	Aude	CH Narbonne	I	36 SA	04 68 42 61 53/15 75	/	/	
		CH Carcassonne	II A	34 SA	04 68 24 28 21		06 48 65 09 69	
12	Aveyron	St Affrique	I	36 SA	05 65 49 70 09/72 66			
		CH Rodez	II A	32 SA / 1500g	05 65 55 25 13		05 65 55 20 56	
		CH Millau	I	36 SA	05 65 59 32 13	/	/	
30	Gard	CHU Nîmes - Caremeau	III	24 SA	04 66 68 38 11 (BO) - 04 66 68 42 15 (GHR) 04 66 68 32 19 (Mater)	06 46 09 60 09	06 85 76 98 23	06 21 17 21 71
		Clinique Kennedy (Nîmes)	II A	34 SA	04 66 63 55 07		04 66 63 53 74	
		Polyclinique Grand Sud (Nîmes)	I	36 SA	04 66 04 32 33			
		CH Bagnols-sur-Cèze	II A	34 SA	04 66 79 10 48 (BO) - 04 66 79 10 14 (Service)	/	/	
		CH Alès-Cévennes	II A	34 SA	04 66 78 32 23 (BO) - 04 66 79 32 22 (Service)		04 66 78 33 80	
31	Haute Garonne	Ambroise Paré (Toulouse)	II B	32 SA	05 61 50 16 95		05 61 50 18 40	
		Clinique Rive gauche (Toulouse)	II A	32 SA / 1500g	05 61 50 16 94 / 16 95			
		Clinique de l'Union	II A	32 SA / 1500g	05 61 37 80 86		05 67 04 53 45	
		Paule de Viguier (Toulouse)	III	24 SA	05 67 77 12 08 (BO) - 05 67 77 11 51/13 11 (GHR)	05 67 77 13 31	05 67 77 13 08	05 67 77 12 99
34	Hérault	CHU Montpellier - Arnaud de Villeneuve	III	24 SA	SDN : 04 67 33 64 24 ou 04 67 33 64 25 GHR : 04 67 33 65 23	07 88 01 42 80	06 65 84 97 75	07 88 01 42 81
		Clinique St Roch (Montpellier)	II A	33 SA	04 67 61 88 49	04 67 61 27 69	04 67 61 88 13	04 67 61 27 74
		Clinique Clémentville (Montpellier)	II A	34 SA	04 67 06 71 71			
		Clinique St Louis (Ganges)	I	36 SA	04 67 81 68 34			
		CH Sète	II A	34 SA	04 68 42 15 79		04 67 46 57 16/ 59 61	
		Clinique Ste Thérèse (Sète)	I	36 SA	04 67 46 36 59			
		CH Béziers	II B	34 SA	04 67 35 71 96		04 67 35 71 46 04 67 35 70 35 bip 241	
		Clinique Champeau (Béziers)	I	36 SA	04 67 09 18 14			
48	Lozère	CH Mende	II A	34 SA	04 66 49 49 56		04 66 49 49 29	
66	Pyrénées Orientales	CHU Perpignan	III	24 SA	SDN : 04 68 61 77 90 GHR : 04 68 61 62 63 ou 04 68 61 30 27	04 68 61 61 27	04 68 61 89 44	04 68 61 77 47
		Polyclinique Mediterranée (Perpignan)	I	36 SA	04 68 66 40 93	04 68 66 23 43		

SIREN : 841 258 650 – N° d'organisme de formation : 76310931931 – N° DPC : 9062 – www.perinatalite-occitanie.fr
Site Toulouse
Maison des réseaux
24 impasse de la Flambère
31300 TOULOUSE
Site Montpellier
Espace Henri Bertin Sans
Bat A – 59 avenue de Fès
34080 MONTPELLIER

Réseau de Périnatalité Occitanie

Version n°4	Modifié le 16/12/2019	Validation administrative le
Nom : Présentation Classeur Présentation_Classeur	Diffusion janvier 2020	

Carte des établissements limitrophes à l'Est de l'Occitanie



Coordonnées des établissements limitrophes

Département		Etablissement	Type	AG de PEC	Sage-femme	GO de garde	Péd. de garde	Cellule
13	Bouches du Rhône	Marseille Conception	III	24 SA	04 91 38 36 68 - 04 91 38 07 29			04 91 49 91 91 (Demander la SF du SAMU)
		Marseille Nord / La Timone	III	24 SA	04 91 96 46 93 - 04 91 96 46 80			
		Marseille Hôpital Saint Joseph	II B	32 SA	04 91 80 68 39 - 04 91 80 69 77			
		CH Aix en Provence	II B	32 SA	04 42 33 90 35		04 43 33 50 32	
		CH Martigues	II B	32 SA	04 42 43 24 02(BO) 04 42 43 24 00 (GHR)		04 42 43 27 53	
		CH Arles	I	36 SA	04 90 49 29 46			
83	Var	CH Toulon - Hôpital Sainte Musse	II B	32 SA	04 94 14 51 67			
84	Vaucluse	CH Avignon	II B	32 SA	04 32 75 91 50 - 04 32 75 91 91		04 32 75 36 64	
63	Puy de Dôme	Clermont-Ferrand	III	24 SA	04 73 75 01 67 (BO) - 04 73 75 01 74 (GHR)			
69	Rhône	Lyon Croix Rousse	III	24 SA	04 72 07 16 51 (BO) - 04 72 07 16 55 (GHR)	04 72 07 18 00	04 72 00 41 03	04 72 12 17 93 (Cellule Lyon **24h/24**)
69	Rhône	Lyon Edouard Herriot	III	24 SA	04 27 85 55 26 (BO) - 04 27 85 51 62(GHR)		04 27 85 77 18	
26	Drôme	Valence	II B	30 SA	04 75 75 73 44 (BO)		04 75 75 75 87	
42	Loire	St Etienne	III	24 SA	04 77 82 80 43 (BO) - 04 77 82 83 54 (GHR)		04 77 82 83 85	
38	Isère	Grenoble	III	24 SA	04 76 76 54 04 (BO)/ 04 76 76 50 59 (GHR)		04 76 76 57 09	

Réseau de Périnatalité Occitanie

Version n°4	Modifié le 16/12/2019	Validation administrative le
Nom : Présentation Classeur Présentation_Classeur	Diffusion janvier 2020	

Tableau indicatif temps distances

	Aix	Alès	Arles	Avignon	Bagnols	Béziers	Carca	Chambéry	Clermont	Ganges	Millau	Lyon	Marseille	Mende	Mtp	Narbonne	Nîmes	Perpi	Rodez	Sète	St Etienne	Toulouse
Aix (II B)		152 km 1h50	78 km 50 min	84 km 55 min	127 km 1h30	218 km 2h10	299 km 2h50	351km 3h30	461km 4h30	167 km 2h10	269 km 2h55	301km 2h55	34 km 30 min	253 km 3h25	156 km 1h40	244 km 2h25	108 km 1h10	304 km 3h	330 km 3h55	185 km 1h55	319 km 3h10	391km 3h45
Alès (II A)	152 km 1h50		76 km 1h10	71km 1h10	50 km 50 min	50 km 50 min	238 km 2h40	297 km 3h25	291km 3h30	48 km 50 min	139 km 2h10	247 km 2h50	165 km 2h05	101km 1h35	95 km 1h25	138 km 2h10	45 km 50 min	243 km 2h40	201km 3h00	124 km 1h40	266 km 3h00	330 km 3h30
Arles (I)	78 km 50 min	76 km 1h10		36 km 40 min	85 km 1h00	142 km 1h30	224 km 3h20	333 km 3h20	413 km 4h10	91km 1h25	193 km 2h10	283 km 2h45	91km 1h05	176 km 2h40	78 km 55 min	168 km 1h40	32 km 30 min	228 km 2h15	254 km 3h00	109 km 1h10	301km 3h00	315 km 3h05
Avignon (II B)	84 km 55 min	71km 1h10	36 km 40 min		34 km 35 min	158 km 1h40	239 km 2h20	280 km 2h55	390 km 3h55	107 km 1h35	209 km 2h20	230 km 2h20	97 km 1h10	172 km 2h40	96 km 1h05	184 km 1h50	50 km 40 min	244 km 2h25	270 km 3h15	125 km 1h25	248 km 2h30	330 km 3h15
Bagnols (II A)	127 km 1h30	50 km 50 min	85 km 1h00	34 km 35 min		172 km 1h50	247 km 2h40	250 km 2h45	390 km 3h55	115 km 1h45	217 km 2h30	200 km 2h10	140 km 1h40	152 km 2h25	110 km 1h20	198 km 2h00	64 km 50 min	252 km 2h35	277 km 3h25	139 km 1h35	218 km 2h20	339 km 3h25
Béziers (I - II	218 km 2h10	157 km 50 min	142 km 1h30	158 km 1h40	172 km 1h50		89 km 55 min	415 km 4h10	340 km 3h20	95 km 1h30	119 km 1h20	365 km 3h35	232 km 2h35	209 km 2h20	70 km 55 min	33 km 25 min	117 km 1h15	94 km 1h00	118 km 2h15	55 km 45 min	384 km 3h45	181km 1h50
Carca (II A)	299 km 2h50	238 km 2h40	224 km 2h10	239 km 2h20	247 km 2h40	89 km 55 min		498 km 4h50	429 km 4h10	185 km 2h15	209 km 2h10	447 km 4h14	314 km 3h10	298 km 3h00	152 km 1h35	61km 45 min	199 km 2h00	114 km 1h10	243 km 3h00	137 km 1h25	466 km 4h30	94 km 1h00
Chambéry (III)	351km 3h30	297 km 3h25	333 km 3h20	280 km 2h55	250 km 2h45	415 km 4h10	498 km 4h50		290 km 2h55	363 km 4h05	465 km 4h50	100 km 1h40	364 km 3h40	309 km 4h00	352 km 3h35	443 km 4h20	306 km 3h05	503 km 4h55	420 km 5h35	382 km 3h50	148 km 1h35	587 km 5h40
Clermont (III)	461km 4h30	291km 3h30	413 km 4h10	390 km 3h55	390 km 3h55	340 km 3h20	429 km 4h10	290 km 2h55		313 km 3h15	227 km 2h15	205 km 2h10	475 km 4h40	176 km 2h00	334 km 3h25	374 km 3h40	388 km 3h55	434 km 4h10	242 km 2h40	350 km 3h30	144 km 1h30	373 km 3h55
Ganges (I)	167 km 2h10	48 km 50 min	91km 1h25	107 km 1h35	115 km 1h45	95 km 1h30	185 km 2h15	363 km 4h05	313 km 3h15		91km 1h15	315 km 3h30	181km 2h20	114 km 1h55	45 km 50 min	138 km 1h45	61km 1h05	199 km 2h20	152 km 2h10	80 km 1h20	333 km 3h45	286 km 3h10
Millau (I)	269 km 2h55	139 km 2h10	193 km 2h10	209 km 2h20	217 km 2h30	119 km 1h20	209 km 2h10	465 km 4h50	227 km 2h15	91km 1h15		426 km 4h10	282 km 3h05	96 km 1h15	113 km 1h25	153 km 1h40	166 km 1h55	213 km 2h10	64 km 1h15	130 km 1h30	316 km 3h35	186 km 2h40
Lyon (I - II - III)	301km 2h55	247 km 2h50	283 km 2h45	230 km 2h20	200 km 2h10	365 km 3h35	447 km 4h15	100 km 1h40	205 km 2h10	315 km 3h30	426 km 4h10		315 km 3h10	223 km 3h15	303 km 3h00	391km 3h45	257 km 2h35	451km 4h20	441km 4h35	333 km 3h20	63 km 50 min	539 km 5h10
Marseille (II - III)	34 km 30 min	165 km 2h05	91km 1h05	97 km 1h10	140 km 1h40	232 km 2h35	314 km 3h10	364 km 3h40	475 km 4h40	181km 2h20	282 km 3h05	315 km 3h10		266 km 3h40	169 km 1h50	257 km 2h35	121km 1h20	317 km 3h10	342 km 4h00	198 km 2h10	332 km 4h20	404 km 4h00
Mende (II A)	253 km 3h25	101km 1h35	176 km 2h40	172 km 2h40	152 km 2h25	209 km 2h20	298 km 3h00	309 km 4h00	176 km 2h00	114 km 1h55	96 km 1h15	223 km 3h15	266 km 3h40		203 km 2h20	333 km 2h35	146 km 2h20	303 km 3h10	111km 1h40	219 km 2h30	165 km 2h30	261km 3h45
Mtp (II A - III)	156 km 1h40	95 km 1h25	78 km 55 min	96 km 1h05	110 km 1h20	70 km 55 min	152 km 1h35	352 km 3h35	334 km 3h25	45 km 50 min	113 km 1h25	303 km 3h00	169 km 1h50	203 km 2h20		94 km 1h00	53 km 40 min	154 km 1h35	173 km 2h25	46 km 35 min	320 km 3h10	241km 2h20
Narbonne (I)	244 km 2h25	138 km 2h10	168 km 1h40	184 km 1h50	198 km 2h00	33 km 25 min	62 km 45 min	443 km 4h20	374 km 3h40	138 km 1h45	153 km 1h40	391km 3h45	257 km 2h35	333 km 2h35	94 km 1h00		142 km 1h30	64 km 45 min	213 km 2h40	81km 55 min	410 km 4h00	151km 1h30
Nîmes (I - II A - III)	108 km 1h10	45 km 50 min	32 km 30 min	50 km 40 min	64 km 50 min	117 km 1h15	199 km 2h00	306 km 3h05	388 km 3h55	61km 1h05	166 km 1h55	257 km 2h35	121km 1h20	146 km 2h20	53 km 40 min	142 km 1h30		201km 2h00	227 km 1h50	81km 55 min	410 km 4h00	151km 1h30
Perpi (I - III)	304 km 3h	243 km 2h40	228 km 2h15	244 km 2h25	242 km 2h25	94 km 1h00	114 km 1h10	503 km 4h55	434 km 4h10	199 km 2h20	213 km 2h10	451km 4h20	317 km 3h10	303 km 3h10	154 km 1h35	64 km 45 min	201km 2h00		273 km 03h00	141km 1h25	470 km 4h30	201km 2h05
Rodez (II B)	330 km 3h55	201km 3h00	254 km 3h00	270 km 3h15	277 km 3h25	118 km 2h15	243 km 3h00	420 km 5h35	242 km 2h40	152 km 2h10	64 km 1h15	441km 4h35	342 km 4h00	111km 1h40	173 km 2h25	213 km 2h40	227 km 1h50	273 km 03h00		109 km 2h25	380 km 3h55	150 km 2h10
Sète (I - II A)	185 km 1h55	124 km 1h40	109 km 1h10	125 km 1h25	139 km 1h35	55 km 45 min	137 km 1h25	382 km 3h50	350 km 3h30	80 km 1h20	130 km 1h30	333 km 3h20	198 km 2h10	219 km 2h30	46 km 35 min	81km 55 min	81km 55 min	141km 1h25	109 km 2h25		351km 3h30	229 km 2h20
St Etienne	319 km 3h10	266 km 3h00	301km 3h00	248 km 2h30	218 km 2h20	384 km 3h45	466 4h30	148 km 1h35	144 km 1h30	333 km 3h45	316 km 3h35	63 km 50 min	332 km 3h20	165 km 2h30	320 km 3h10	410 km 4h00	410 km 4h00	470 km 4h30	380 km 3h55	351km 3h30		515 km 5h15
Toulouse (I - II -	391km 3h45	330 km 3h30	315 km 3h05	330 km 3h15	339 km 3h25	181km 1h50	94 km 1h00	587 km 5h40	373 km 3h55	286 km 3h10	186 km 2h40	539 km 5h10	404 km 4h00	261km 3h45	241km 2h20	151km 1h30	151km 1h30	201km 2h05	150 km 2h10	229 km 2h20	515 km 5h15	

SIREN : 841 258 650 – N° d'organisme de formation : 76310931931 – N° DPC : 9062 – www.perinatalite-occitanie.fr

Site Toulouse
Maison des réseaux
24 impasse de la Flambère
31300 TOULOUSE

Site Montpellier
Espace Henri Bertin Sans
Bat A – 59 avenue de Fès
34080 MONTPELLIER

PROCEDURE « TRANSFERT IN UTERO »

Rappel définition : Le transfert *in utero* (TIU) est indiqué lorsqu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son enfant présente.

I. J'ai besoin de transférer une patiente

1. Un seul numéro d'appel : le 0 806 14 20 14

- **En journée du lundi au vendredi 8h – 20h :** la sage-femme du réseau vous aide à organiser le transfert de la patiente.
  Dans le cas particulier des re-transferts (patiente transférée vers un établissement de type adapté plus proche de son domicile) : si la distance est >150 km aller, une demande d'entente préalable doit être faxée à la CPAM.

- **En dehors de ces horaires** : un répondeur vous oriente vers la sage-femme de **la salle de naissance (SDN) de l'établissement de type III le plus proche de votre établissement** :

  - Tapez 1 pour être mis en relation avec le CH de Perpignan.
  - Tapez 2 pour être mis en relation avec le CHU de Nîmes.
  - Tapez 3 pour être mis en relation avec le CHU de Montpellier.
  - Tapez 4 pour être mis en relation avec le CHU de Toulouse (gynécologue de garde).
  - Tapez 5 pour laisser un message au RPO.

- Le gynécologue-obstétricien (GO) qui demande le transfert appelle le **0 806 14 20 14**
- La SF de SDN du type III le plus proche reçoit l'appel, et prévient le GO de garde de son établissement qui vient prendre l'appel (cette procédure permet l'enregistrement de la conversation).
- Les deux médecins discutent de la situation médicale et du lieu de destination de la patiente.
- Après s'être assuré d'absence de contre-indications et d'une disponibilité de place en obstétrique, le GO du type III prévient le pédiatre sénior de son établissement, du transfert.
- En cas de manque de place, l'équipe du type III aide à l'orientation de la patiente, en sollicitant le SAMU si besoin.
- Quand une place est trouvée, le médecin **demandeur** du transfert appelle le centre 15 pour s'entretenir avec le médecin régulateur du SAMU, qui peut organiser une conférence à trois avec le médecin receveur (enregistrée par le SAMU). Selon l'indication et l'état clinique de la patiente, un transport médicalisé ou non peut être décidé. *(O5_Vecteurs).*
  - En cas de transport médicalisé, le SAMU déclenche le transport.
  - Si un transport non médicalisé est décidé : contacter quand même le SAMU pour l'en informer, c'est l'établissement demandeur qui se charge d'appeler une ambulance privée, le SAMU pouvant être sollicité en cas de difficulté.

Le RPO ayant pour objectif de réaliser un recueil exhaustif des transferts périnataux, merci de tracer tout transfert par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr ou en laissant un message sur le répondeur.

Je signale au RPO toute difficulté par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr **et tout évènement indésirable au lien suivant :** https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang=fr ou en remplissant la fiche de déclaration d'EIAS (O4_Déclaration_EIAS).

2. Documents à remplir

- **Fiche de liaison TIU** (O1_Fiche_Liaison_TIU) *:* signée par le médecin demandeur, elle peut se substituer au courrier de transfert).
- **Fiche d'information RPO** (O10_Fiche_Usagers) **+ consentement signé par la patiente** (O9_Consentement_Patiente).
- **Désignation de la personne de confiance** (copie du document interne de votre établissement).
- **Check-list** recapitulative (O8_Checklist).

3. Conditionnement de la patiente

- Un aide-mémoire est disponible (O6_Conditonnement)
- La situation clinique de la patiente pouvant évoluer, l'équipe demandeuse du transfert s'engage à signaler à l'équipe receveuse et au SAMU tout nouvel élément (ainsi qu'à la SF RPO en heures ouvrées).
- Juste avant son départ, la patiente est systématiquement réévaluée. Ces informations sont tracées dans le cadre prévu à cet effet de la fiche de liaison TIU (O1_Fiche_Liaison_TIU).
- Prévenir l'établissement receveur du départ de la patiente.

II. Je suis sage-femme en SDN de type III je reçois un appel d'un établissement demandeur en dehors des heures d'ouverture de la structure d'appui aux transferts périnataux :

Je suis la procédure suivante, en notant idéalement l'heure de chaque appel :

- Je reçois l'appel, je recueille les informations (cf **fiche simplifiée de recueil d'informations, O7_Recueil**) et préviens le GO de garde de mon établissement qui vient prendre l'appel (cette procédure permet l'enregistrement de la conversation).
- Les deux médecins discutent de la situation médicale et du lieu de destination de la patiente.
- Après s'être assuré d'une disponibilité de place en obstétrique, le GO de mon établissement prévient le pédiatre senior du transfert.
- Pour évaluer la probabilité d'accouchement dans les 48h, et avant 34 SA, je peux m'appuyer sur le score suivant : http://www.perinatology.com/calculators/TRANSFER.htm
- En cas de manque de place, j'aide à l'orientation de la patiente, en sollicitant le SAMU si besoin.
- Quand une place est trouvée, le médecin **demandeur** du transfert appelle le centre 15 pour s'entretenir avec le médecin régulateur du SAMU, qui peut organiser une conférence à trois avec le médecin receveur (enregistrée par le SAMU).

Je signale au RPO toute difficulté par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr **et tout évènement indésirable au lien suivant :** https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang=fr ou en remplissant la fiche de déclaration d'EIAS (cf O4-Déclaration_EIAS).

Procédure pour la SF de type 3 répondant à un transfert d'appel du 0806 14 2014

NOTER le NOM de la patiente + LIEU NOM et TEL du médecin DEMANDEUR

ECOUTE MEDICALE : MINIMUM D'ELEMENTS PERMETTANT D'ORIENTER LA PATIENTE + EVALUER LE DEGRE D'URGENCE
ESPRIT D'ENTRAIDE ET DE CONFRATERNITE

DEMANDER LES « PREMIERES INFOS » **MOTIF de TIU + TERME**

CONVERSATION entre le MEDECIN DEMANDEUR + OBSTETRICIEN SENIOR DU TYPE 3 LE PLUS PROCHE

INDICATION DE TIU PERTINENTE

PAS DE CONTRE-INDICATION AU TIU

EVALUER AVEC LE DEMANDEUR LE **TYPE** D'ETABLISSEMENT RECEVEUR ET LE **DEGRE D'URGENCE**.

Le transfert peut-il être différé aux heures ouvrées ?

OUI

NON

La patiente doit être orientée dans un type 3

La patiente doit être orientée dans un autre établissement

Penser aux types 2

TROUVER UNE PLACE D'OBSTETRIQUE

TROUVER UNE PLACE DE PEDIATRIE si naissance imminente
TOUJOURS AVERTIR LE PEDIATRE

APPELER LE 15 = SAMU pour conférence ou en cas de difficulté à trouver une place

Le médecin de garde du type 3 de proximité dit si PLACE EN OBSTETRIQUE DISPO ?

NON

Tenter d'accepter le TIU si places limites pour éviter l'éloignement

OUI

La naissance est-elle hautement probable dans les heures à venir ?

NON

OUI

TOUJOURS Informer le pédiatre sénior de garde mais pas de besoin IMPERATIF d'avoir un lit dispo en pédiatrie pour accepter le TIU

TROUVER UNE PLACE DE PEDIATRIE seulement en cas d'accouchement hautement probable dans les heures à venir : place en pédiatrie disponible (allo pédiatre senior) ?

OUI

NON

TIU ACCEPTE DANS LE TYPE 3 DE PROXIMITE

APPELER LE 15 = SAMU => **CONFERENCE** MEDECIN DEMANDEUR + MEDECIN RECEVEUR SENIOR + MEDECIN REGULATEUR (SAMU) = **VALIDER LE TIU et la CLASSE du VECTEUR DE TRANSPORT**

TOUJOURS PASSER PAR UNE CONFERENCE AVEC LE REGULATEUR SAMU MEME SI CLASSE 1

« MERCI DE M'INFORMER EN CAS DE CHANGEMENT ET QUAND LA PATIENTE QUITTE VOTRE ETABLISSEMENT »

APPELER LE 15 = SAMU pour aide à l'orientation de la patiente

PROCEDURE « RAPPROCHEMENT MERE-ENFANT »

Rappel définition : Un rapprochement mère-enfant (RME) est nécessaire lorsqu'un nouveau-né est transféré dans un autre établissement que son lieu de naissance. Le RME évite la séparation et permet le maintien du lien mère-enfant.
Attention, le transfert du nouveau-né est réalisé indépendamment du transfert maternel. Dans le cas d'une complication maternelle associée (HPP, HELLP syndrome, …), c'est la procédure « Transfert post-partum pour pathologie maternelle » qui s'applique.

I. Procédure d'appel

a. En journée du lundi au vendredi 8h – 20h :

J'appelle le **0 806 14 20 14**. La sage-femme du réseau m'aide à organiser le rapprochement de la patiente auprès de son enfant. Idéalement, la demande doit être effectuée dans ces plages horaires.

b. En dehors de ces horaires :

- Le GO de l'établissement demandeur valide la faisabilité du RME.
- La SF en charge de la patiente dans l'établissement demandeur contacte l'établissement dans lequel la patiente est susceptible d'être transférée (cf Coordonnées).
- Après s'être assurée d'une place disponible, et avoir obtenu l'accord du GO de garde, la SF de l'établissement receveur recueille les informations.
- Sauf exception, le transport sera non médicalisé (classe I) : c'est l'établissement demandeur qui se charge d'appeler une ambulance privée, le SAMU pouvant être sollicité en cas de difficulté.

Attention, en cas d'état très critique ou de décès imminent de l'enfant, le manque de place maternelle ne doit pas être une contre-indication au RME.

Le RPO ayant pour objectif de réaliser un recueil exhaustif des transferts périnataux, merci de tracer tout transfert par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr ou en laissant un message sur le répondeur.

Je signale au RPO toute difficulté par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr **et tout évènement indésirable au lien suivant :** https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang-fr ou en remplissant la fiche de déclaration d'EIAS (O4_Déclaration_EIAS).

II. Les documents à remplir

- **Fiche de liaison RME** (O2_Fiche_liaison_RME) : signée par le médecin demandeur ainsi que la SF, elle peut se substituer au courrier de transfert.
- **Fiche d'information RPO** (O10_Fiche_Usagers) **et consentement signé par la patiente** (O9_Consentement_Patiente).
- **Désignation de la personne de confiance** (copie du document interne de votre établissement).
- **Check-list** recapitulative (O8_Checklist).

III. Avant le départ de la patiente

Juste avant son départ, la patiente est systématiquement réévaluée. Ces informations sont consignées dans le cadre prévu à cet effet de la fiche de liaison RME (O2_Fiche_Liaison_RME). L'établissement receveur est avisé du départ de la patiente.

PROCEDURE

« TRANSFERT POUR PATHOLOGIE MATERNELLE DU POST-PARTUM »

I. Un seul numéro d'appel : le 0 806 14 20 14

- **En journée du lundi au vendredi 8h – 20h :** la sage-femme du réseau vous aide à organiser le transfert de la patiente.

- **En dehors de ces horaires** : Il s'agit d'une situation à haut risque. La présence des médecins GO et anesthésistes étant vivement encouragée, ainsi que leur mise en conférence rapide, ***penser à contacter très rapidement le médecin régulateur du SAMU.***
  - Les médecins des centres demandeurs (gynécologue-obstétricien et anesthésiste) appellent le centre 15 qui organise une conférence avec les médecins GO et anesthésiste receveurs (conversation enregistrée).
  - Le médecin régulateur du SAMU déclenchera le transport.

Le RPO ayant pour objectif de réaliser un recueil exhaustif des transferts périnataux, merci de tracer tout transfert par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr ou en laissant un message sur le répondeur.

Je signale au RPO toute difficulté par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr **et tout évènement indésirable au lien suivant :** https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang=fr ou en remplissant la fiche de déclaration d'EIAS (O4_Déclaration_EIAS).

II. Documents à remplir

- **Fiche de liaison TPP** (O3_Fiche_Liaison_TPP)**,** impérativement accompagnée de la copie de la **fiche de surveillance HPP** le cas échéant.
- **Fiche d'information RPO** (O10_Fiche_Usagers) **+ consentement signé par la patiente** (O9_Consentement_Patiente).
- **Désignation de la personne de confiance** (copie du document interne de votre établissement).
- **Check-list** recapitulative (O8_Checklist).

III. Conditionnement de la patiente

- La situation clinique de la patiente pouvant évoluer, l'équipe demandeuse du transfert s'engage à signaler à l'équipe receveuse et au SAMU tout nouvel élément.
- Juste avant son départ, la patiente est systématiquement réévaluée. Ces informations sont tracées dans le cadre prévu à cet effet de la fiche de liaison TPP (O3_Fiche_Liaison_TPP).
- L'établissement receveur est avisé du départ de la patiente et de l'arrivée approximative du SAMU.

PROCEDURE EVENEMENTS INDESIRABLES LIES A L'ACTIVITE DES SOINS

I. Objet de la procédure

Signaler des dysfonctionnements en santé n'est pas une tache agréable. Pourtant cet acte permet de rompre certaines chaines et redonner du sens à des gestes trop routiniers. Cette procédure décrit les modalités de déclaration et de traitement de tout événement indésirable en lien avec l'activité des transferts périnataux sur le territoire Occitanie. La parole sera accueillie avec neutralité et bienveillance et le signalement sera toujours libre et volontaire.

II. Définitions

Source : HAS - Évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Parmi eux on distingue :

- **Les évènements porteurs de risques (EPR)** : ce sont des évènements qui auraient pu provoquer un préjudice au patient mais qui ont été évités par le soignant ou le patient. Une ou plusieurs barrières de sécurité empêchant une évolution plus grave ont fonctionné. Il peut s'agir, par exemple, d'une erreur de médicament récupérée par une infirmière ou le patient avant son administration, d'une erreur de dossier patient rattrapée par un chirurgien avant une intervention, d'un défaut de transmission d'une information qui retarde la mise en route d'un traitement.
- **Les évènements indésirables graves (EIG)** : ces évènements inattendus ont provoqué des conséquences graves pour le patient par exemple :
  - Le décès de la patiente, du fœtus ou du nouveau-né.
  - Des complications morbides graves chez la patiente, le fœtus ou le nouveau-né.
  - La réclamation d'un ou plusieurs usagers.
  - Toute autre situation ayant compliqué la prise en charge et dont les conséquences auraient pu être graves.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise (*Art.R. 6111-1 du Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010*).

Cela peut se faire via une Revue de Morbi Mortalité (RMM), à la demande des professionnels concernés. C'est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable associé aux soins (décès, complication, mais aussi tout événement indésirable qui aurait pu causer un dommage au patient). Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients (*HAS, Revue de mortalité et de morbidité, Juin 2017*)

	Niveau 1 "Mineur"	L'EIAS provoque un désagrément ou une insatisfaction au patient.
	Niveau 2	L'EIAS impacte le patient sans mise en jeu de sa sécurité et sans interrompre sa prise en charge initiale.
	Niveau 3 "Majeur"	Une prise en charge spécifique ou une surveillance accrue sont nécessaires sans pour autant interrompre la prise en charge.
A partir du niveau 4 : la prise en charge de l'EIAS prend le dessus sur la prise en charge de la pathologie initiale.La prise en charge initiale doit être reportée.		
	Niveau 4 "Critique"	L'EIAS est récupéré au final avec des conséquences réversibles.
	Niveau 5 "Catastrophique"	L'EIAS est difficilement récupérable. On pourra au mieux atténuer ses conséquences qui restent cependant importantes et irréversibles.

Tableau 1 : Les différents niveaux de gravité d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS)

III. Procédure de déclaration

- La déclaration doit avoir lieu le plus tôt possible après l'événement.
- Je déclare en ligne https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang=fr ; en mentionnant le plus d'informations permettant de me recontacter (téléphone, mail, courrier). Un rappel téléphonique sera réalisé par l'équipe du RPO pour prendre en compte ma déclaration et la traiter dans les meilleurs délais.
- Je peux également compléter la fiche de déclaration EIAS (O4_Déclaration_EIAS) et la faire parvenir au RPO par mail : transfertsrpo@perinatalite-occitanie.fr
- Un message peut aussi être laissé sur le répondeur téléphonique **0806.14.20.14**

IV. Procédure de traitement des EIAS

Le RPO s'engage avec les professionnels et établissements dans une analyse des EIAS et des dysfonctionnements survenus dans le parcours patient qui lui sont signalés

1. EI graves

L'analyse d'un EI grave se fait via une RMM en présentiel avec tous les acteurs impliqués. L'objectif n'est pas un recueil statistique mais une approche personnalisée de gestion des risques par :

- Le soutien aux établissements qui le demandent : RMM, expertises, formations, partage de retours d'expériences
- L'accompagnement des équipes à la mise en place d'actions d'amélioration
- La création d'outils régionaux

Pour animer la RMM, le RPO recherchera des experts extérieurs à l'établissement, qui auront la charge de s'appuyer sur des référentiels et recommandations. De plus, le RPO veillera au respect de l'anonymisation selon les recommandations HAS.

2. EI non graves

L'analyse d'un EI non grave se fait par recueil d'informations auprès des professionnels concernés par l'équipe médicale du RPO via des échanges téléphoniques ou mails.

Version n°4	Modifié le 16/12/2019	Validation administrative le
Nom : Fiche Liaison TIU O1_Liaison_TIU	Diffusion janvier 2020	

FICHE DE LIAISON « TRANSFERT IN UTERO »

RAPPEL des CONTRE INDICATIONS au TRANSFERT IN UTERO

- ✓ **HRP ou suspicion d'HRP**
- ✓ **Travail avancé (plus de 4cm de dilatation)**
- ✓ **Anomalies du RCF en faveur d'une souffrance fœtale aiguë incompatible avec un TIU**
- ✓ **Etat maternel incompatible avec un TIU (syndrome hémorragique, éclampsie, choc septique)**

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Etablissement d'origine .....

Coordonnées du service demandeur .....

Médecin "Demandeur" (qui demande le transfert) : Dr .....
Médecin "référent" (qui suit normalement la grossesse) : Dr .....
(Précisez si suivi hors établissement) : .....

Médecin traitant : Dr .....

Sage-femme ayant réalisé le transfert .....

Date de l'appel : ..... / ..... / ..... **Heure :** .....
Date d'acceptation ..... / ..... / ..... **Heure :** .....
Date du départ ..... / ..... / ..... **Heure :** .....

Etablissement receveur .....

Médecin ayant accepté le transfert : Dr .....

Moyen de transport :
- ☐ Classe 1 (non médicalisé)
- ☐ Classe 2 (paramédicalisé)
- ☐ Classe 3 terrestre
- ☐ Classe 3 héliporté

Identité du transporteur : .....

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

NOM, prénom, NJF : .....

DDN : .....

Nom et coordonnées de la personne à prévenir :

.....

.....

Adresse : .....

.....

Ou
Étiquette

MOTIF DU TRANSFERT IN UTERO

AG : ..... SA + ... J DDG : ..... ☐ Gr. Unique ☐ Gr. Multiple (type :.....)

Gestité / Parité : .....

Antécédents / grossesses antérieures :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **Indication médicale :** ☐ RPM ☐ MAP ☐ Prééclampsie

☐ RCIU ☐ Métrorragies / prævia

☐ Autre indication - *Précisez* : .....

☐ Motif administratif et/ou organisationnel (ex. manque de place) – *Précisez* :

.....

.....

MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS

☐ **Corticothérapie** (voie d'administration, le cas échéant : ☐ IM ☐ IV)

Débutée le : ..... à ..... 2° dose le : ..... à .....

☐ **Tocolyse**

Précisez ..... Débutée le ..... à .....

☐ **ATB**

Précisez ..... Débutés le ..... à .....

Indication .....

☐ **Autres**

Précisez .....

.....

.....

EXAMEN DE LA PATIENTE

Fait le : ..... / ..... / ..... à ..... h ..... Par (Nom, Fonction) : .....

TA : ..... **T°** : .....

TV : .....

Membranes : ☐ Intactes ☐ Rompues depuis le ..... à ..... H ..... (Terme : .....)

Métrorragies : ☐ Oui ☐ Non

CU : ☐ Oui, *Fréquence* ..... ☐ Non

RCF (analyse) : .....

Echographie du : ..... / ..... / ..... (Terme : .....)

Présentation fœtale : ..... **Col :** ..... **mm** **EPF :** ..... **g**

BIP/PC: ..... mm **CA**: ..... mm **LF**: ..... mm

DO : ..... **ACM** : ..... Autre : .....

Autres précisions échographie : .....

Bilan du : ..... / ..... / .....

Résultats : .....

Bilans en attente de résultats : .....

Laboratoire .....

COMMENTAIRES DES ÉQUIPES SOIGNANTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du médecin demandeur :

Cette fiche complétée, signée et accompagnée des documents mentionnés dans la checklist peut se substituer au courrier médical.

REEVALUATION AVANT DEPART

Fait le : ..... / ..... / ..... à ..... h ..... Par (Nom, Fonction) : .....

TA : ..... PAM moyenne si Prééclampsie : ..... **T°** : .....

TV

.....

.....

.....

Métrorragies : ☐ Oui ☐ Non

CU : ☐ Oui – *Fréquence* ..... ☐ Non

Analyse RCF : .....

Echographie : .....

Evolution clinique :

.....

.....

.....

.....

Conditionnement :

- VVP fonctionnelle : ☐ Oui ☐ Non

-Traitement en cours : .....

.....

.....

Heure de départ de la patiente : ..... **h** .....

Signature du professionnel ayant ré-évalué la patiente avant départ :

FICHE DE LIAISON « RAPPROCHEMENT MERE-ENFANT »

Etablissement envoyeur

Service : .....
Téléphone : .....
Médecin : .....
Sage-femme : .....

Etablissement receveur

Service : .....
Téléphone : .....
Médecin : .....
Sage-femme : .....

Identification/Etiquette de la mère

Nom : .....
Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Née le : .....
Code Postal et ville : .....
.....

Identification de l'enfant

Nom : .....
Prénom : .....
Sexe : .....
Né(e) le : .....

Nom du père : .....

Les patientes doivent se présenter dans le service qui les accueille avant de se rendre en pédiatrie.

GROSSESSE

Antécédents notables de la mère :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allergies : .....

Addictions : .....

Groupe Rhésus : ..... Si **Rh négatif :** groupe bébé : ..... Dernier Rhophylac et dose : .....

Sérologies maternelles : Toxo : ..... Rubéole : ..... HIV : ..... BW : ..... VHB : ..... VHC : .....
Précisions : .....

Déroulement de la grossesse (ex : diabète gesta…) : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ACCOUCHEMENT

Début de travail :

☐ Travail spontané ☐ Déclenchement *(mode et indication)* .....

☐ Césarienne avant travail *(indication)* .....

Naissance : Date : Heure : Terme :

Mode d'accouchement :

☐ Voie basse spontanée ☐ Voie basse instrumentale, *précisez* : .....

☐ Césarienne avant travail ☐ Césarienne per-partum (☐ Code vert ☐ Code orange ☐ Code rouge)

Indication césarienne/extraction : .....

Type anesthésie : ☐ APD ☐ Rachi ☐ Locale ☐ Générale ☐ Aucune ☐ Autre : .....

Délivrance : ☐ Complète ☐ DA/RU ou RU

→ ATB : .....

→ Pertes sanguines estimées : ..... ml

→ Prise en charge si HPP : .....

Périnée : ☐ Sans lésion apparente ☐ Episiotomie ☐ Déchirure, *précisez* : .....

Précisions accouchement *(RPDE prolongée, LA méconial, hyperthermie +/- traitement(s) pendant le travail) :*

.....

.....

.....

Nouveau-né

Poids de naissance : ..... g Apgar ..... pH : ..... Lactates : .....

Motif de transfert du bébé : .....

POST PARTUM

Résumé d'hospitalisation de la mère .....

.....

.....

.....

Traitements en cours (posologie, date et heure dernière prise)

.....

.....

.....

Allaitement : ☐ Maternel ☐ Tire-lait déjà expliqué et utilisé ☐ Expression manuelle de colostrum

☐ Artificiel ☐ Mixte

EXAMEN AVANT DEPART

Date de l'examen : ..... Heure : ..... Par (Nom – Fonction) : .....

Constantes : TA : ..... / ..... Pouls : ..... T° : .....

Miction : ☐ Oui (Heure : .....) ☐ Non ☐ Sonde à demeure

Lever : ☐ Oui ☐ Non

Examen Obstétrical : Utérus : ..... Lochies : .....

Seins : ..... Périnée : .....

Pansement : .....

☐ Contexte social, *Précisions* .....

.....

.....

☐ Contexte psychologique, *Précisions* .....

.....

.....

Déclaration de naissance faite : ☐Oui ☐Non

Examens en cours à récupérer .....

N° laboratoire : .....

Infos supplémentaires :

.....

.....

.....

Traitements en cours (posologie, date et heure dernière prise)

.....

.....

.....

.....

Signature du professionnel ayant ré-évalué la patiente avant départ

Signature du médecin demandeur

FICHE DE LIAISON
« TRANSFERT POST PARTUM POUR PATHOLOGIE MATERNELLE »

Etablissement envoyeur

Service : .....
Téléphone : .....
Médecin GO : .....
Médecin anesthésiste : .....
Sage-femme : .....

Etablissement receveur

Service : .....
Téléphone : .....
Médecin GO : .....
Médecin anesthésiste : .....

Identification / Etiquette de la mère

Nom : .....
Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Née le : .....

Identification de l'enfant

Nom : .....
Prénom : .....
Sexe : .....
Né(e) le : .....

Nom du père : .....

INDICATION DU TRANSFERT

.....

Transfert contre indiqué en cas de : saignement actif et /ou instabilité hémodynamique

GROSSESSE

Antécédents notables de la mère : **Gestité/Parité :** .....

.....
.....
.....
.....
.....

Allergies : .....

Addictions : .....

Groupe Rhésus : ..... Si Rhésus négatif, dose et date du dernier Rhophylac : .....

Patiente connue EFS : ☐ 2 déterminations EFS ☐ 1 détermination EFS ☐ Non connue EFS

RAI < 72h ☐ Oui **(date, heure) : .....** ☐ Non

Sérologies maternelles : Toxo : ..... Rubéole : ..... HIV : ..... BW : ..... VHB : ..... VHC : .....
Précisions : .....

Déroulement de la grossesse : .....
.....
.....
.....

ACCOUCHEMENT

Début de travail :

☐ Travail spontané ☐ Déclenchement *(mode et indication)* .....

☐ Césarienne avant travail *(indication)* .....

Naissance : Date : **Heure :** **Terme :**

Mode d'accouchement :

☐ Voie basse spontanée ☐ Voie basse instrumentale, *précisez* .....

☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne en urgence (☐ Code vert ☐ Code orange ☐ Code rouge)

Indication césarienne/extraction : .....

Type anesthésie : ☐ APD ☐ Rachi ☐ Locale ☐ Générale ☐ Aucune ☐ Autre : .....

Périnée : ☐ Sans lésion apparente ☐ Episiotomie ☐ Déchirure, *précisez* : .....

Délivrance : Heure : ..... ☐ Complète ☐ DA/RU ou RU

→ ATB : .....

→ Pertes sanguines estimées : ..... ml

Précisions accouchement *(RPDE prolongée, LA méconial, hyperthermie +/- traitement(s) pendant le travail) :*

.....

NOUVEAU-NE

Poids de naissance : .....g **Apgar** : ..... **Service d'hospitalisation** : .....

Devenir :

.....

☐ Nouveau-né vu par sa mère ☐ Info déclaration de naissance faite

☐ Co-parent auprès de l'enfant ☐ Photo de l'enfant faite

EN CAS D'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

Heure du début de l'HDD : .....

☐ SAD ☐ 2nde VVP

Gestes / Heure : ☐ RU (..*h*..) ☐ Examen sous valves (..*h*..) ☐ Ballon de tamponnement (..*h*..)

☐ Embolisation : ...*h* ...

☐ Gestes chirurgicaux, *précisez* : .....

☐ Compresses/champs intra-vaginaux, *nombre* : .....

Médications (dose totale / heure)

☐ Remplissage : ☐ Ringer ..... ☐ Voluven ..... ☐ Autre : .....

☐ Oxytocine / Carbétocine (Pabal ®) .....

☐ Acide tranexamique (Exacyl ®) .....

☐ Sulprostone (Nalador ®) .....

☐ Fibrinogène (Clottafact®) .....

☐ Antibiotiques .....

☐ Antalgiques .....

☐ Oxygénothérapie .....

☐ Autre .....

Transfusion (Heure / nombre)

☐ CGR : ..... ☐ PFC ..... ☐ Plaquettes.....

☐ Autre .....

☐ Commande en cours auprès de l'EFS

Bilan(s) sanguin(s) : heure, résultat

.....

.....

.....

Anesthésie

☐ KT APD en place ☐ Anesthésie secondaire : .....

Infos complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volume total des pertes sanguines en ml (avant transfert) : .....

.....

POST PARTUM

Déroulement du post-partum

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements en cours

☐ Anti HTA .....

☐ Lovenox .....

☐ Antibiotiques .....

☐ Anti-D .....

☐ Antalgiques .....

☐ Autre(s) .....

Allaitement souhaité : ☐ Maternel ☐ Artificiel ☐ Mixte

EXAMEN AVANT DEPART

Date de l'examen : Heure : Par (Nom – Fonction) : .....

Constantes : TA : ..... / ..... Pouls : ..... T° : ..... Saturation : .....

☐ Oxygénothérapie ..... ☐ Couverture chauffante ☐ VVP fonctionnelles

Hb avant accouchement ..... **Hémocue avant départ** .....

Traitement en cours

.....

.....

.....

Examen Obstétrical : Tonus utérin : ..... Saignements : .....

Examens en cours à récupérer ..... Laboratoire : .....

Infos supplémentaires :

.....

.....

Heure d'appel du SAMU : ..... Heure d'arrivée du SAMU : .....

Heure de départ de la patiente : .....

S'assurer et prévenir le service d'accueil de la patiente à son le départ (BO, bloc opératoire, réanimation, …)

Signature du GO

Signature de l'anesthésiste

I. Définition des EIG

Source : HAS – Gestion des risques – Sécurité des soins

Evénement :

- Associé à un soin : consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention ou de réhabilitation.
- Grave : entrainant le décès, mettant en jeu le pronostic vital/perte d'une fonction ou ayant pour conséquence l'hospitalisation en réanimation ou une réintervention chirurgicale non programmée.

II. Déclaration (restera strictement confidentielle)

Nom du déclarant .....
Coordonnées mail ou tel.....
Date de l'événement .....

Evénement *(cochez svp)*

	MATERNEL		NEONATAL		ENVIRONNEMENT MEDICAL
	Décès *(pendant grossesse ou 1an après issue)*		Décès *(MFIU ou décès néonatal après 34 SA)*		Refus de soins *(transfusion, césarienne…)*
	HPP Sévère *Immédiate ou secondaire (≥1000ml dans les 42j suivant l'accouchement)* **Merci de faxer la fiche HPP**		Traumatisme néonatal *(fracture, plexus brachial)*		Relations conflictuelles graves avec la patiente et / ou son entourage
	Embolisation		Hospitalisation de plus de 5 j chez un nné de plus de 2500g en SI ou en Réa		Violences envers les soignants
	Chirurgie d'hémostase *(hystérectomie, capitonnage…)*		Asphyxie du perpartum ≥ 36 SA *(pH à l'artère ombilicale <7,00* ***et*** *BD≥ 12 mmol/l ou score d'Apgar 5 min ≤ 3)*		Accouchement lieu non prévu (outborn, AIEH)
	Hospitalisation en réa *(pendant la grossesse jusqu'à 1 mois postpartum)*		Ré-hospitalisation dans les 15j suivant la naissance		**Complications liées à un transfert in utero ou transfert néonatal**
	Rupture utérine		Anomalie congénitale non diagnostiquée en pré-natal (trisomie 21…)		Hospitalisation suite à une complication après accouchement programmée à domicile
	Ré-hospitalisation dans les 15j suivant l'accouchement				
	Autre événement		Autre événement		Autre événement

Description de l'événement
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. Analyse de l'événement

- L'événement a t'il fait ou fera t'il l'objet d'une analyse en équipe ?

  ☐Oui ☐Non

  ☐RMM ☐Débriefing ☐Autre.....

- Envisagez-vous la mise en place une action corrective ?

  ☐Oui ☐Non

- Laquelle ?.....
  .....

- Avez-vous besoin de l'aide du réseau pour organiser une RMM, formation …?

  ☐Oui ☐Non

Je scanne et envoie cette fiche par mail au RPO (transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr)

IV. Saisie par Internet

Je signale au RPO toute difficulté par mail à transfertsRPO@perinatalite-occitanie.fr **et tout évènement indésirable au lien suivant :** https://www.perinatalite-occitanie.fr/form/index.php/795865?lang=fr

AIDE A LA DECISION DE LA CLASSE DE VECTEURS POUR LES TRANSFERTS PERINATAUX

I. Définitions

Le choix du type de transport repose sur :

- L'indication du transfert.
- L'état clinique et la stabilité de la patiente.
- Le risque de dégradation maternelle pendant le transport.
- La distance à parcourir.
- L'évaluation du risque d'accouchement pendant le transport.

Classe de vecteur

- **Classe 1** : Transport non médicalisé (type VSL)
- **Classe 2** : Transport paramédical : présence d'un infirmier. Il n'existe pas dans tous les SMUR départementaux. Dans ce cas : opter pour la classe 3.
- **Classe 3** : Transport médicalisé, réalisé par le SMUR. Présence d'un médecin. Il peut être terrestre ou héliporté.

Pathologies fœtales (in utéro) exclusives

Tout transfert d'indication fœtale exclusive s'effectuera en vecteur de Classe 1 quelle que soit la durée du transport. Attention, toute anomalie du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction en urgence contre-indique le transfert.

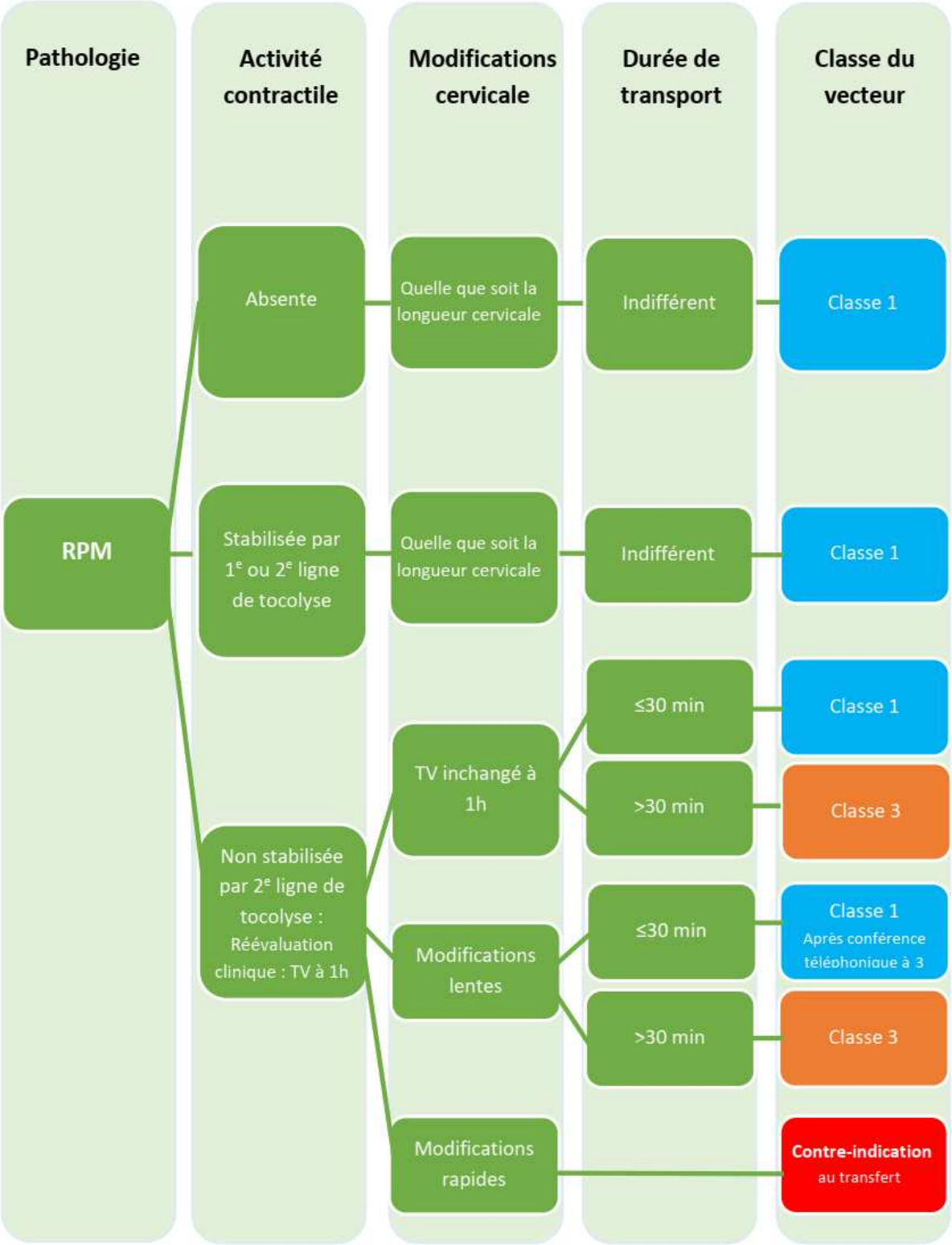
NB : la décision finale du mode de transport revient au médecin régulateur du SAMU.

Sources :

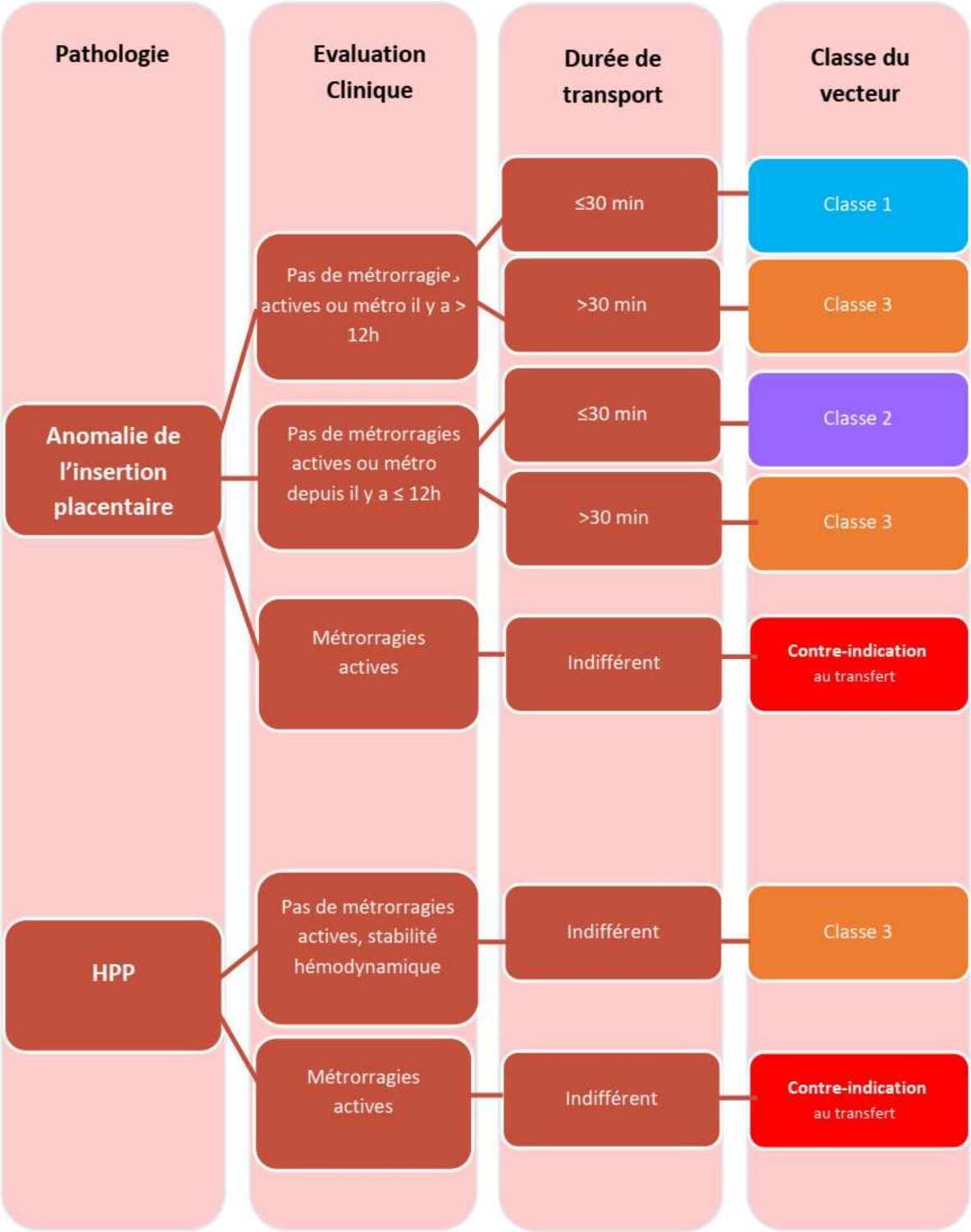
https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1355792

II. Risque d'accouchement prématuré à membranes intactes (sans métrorragies)

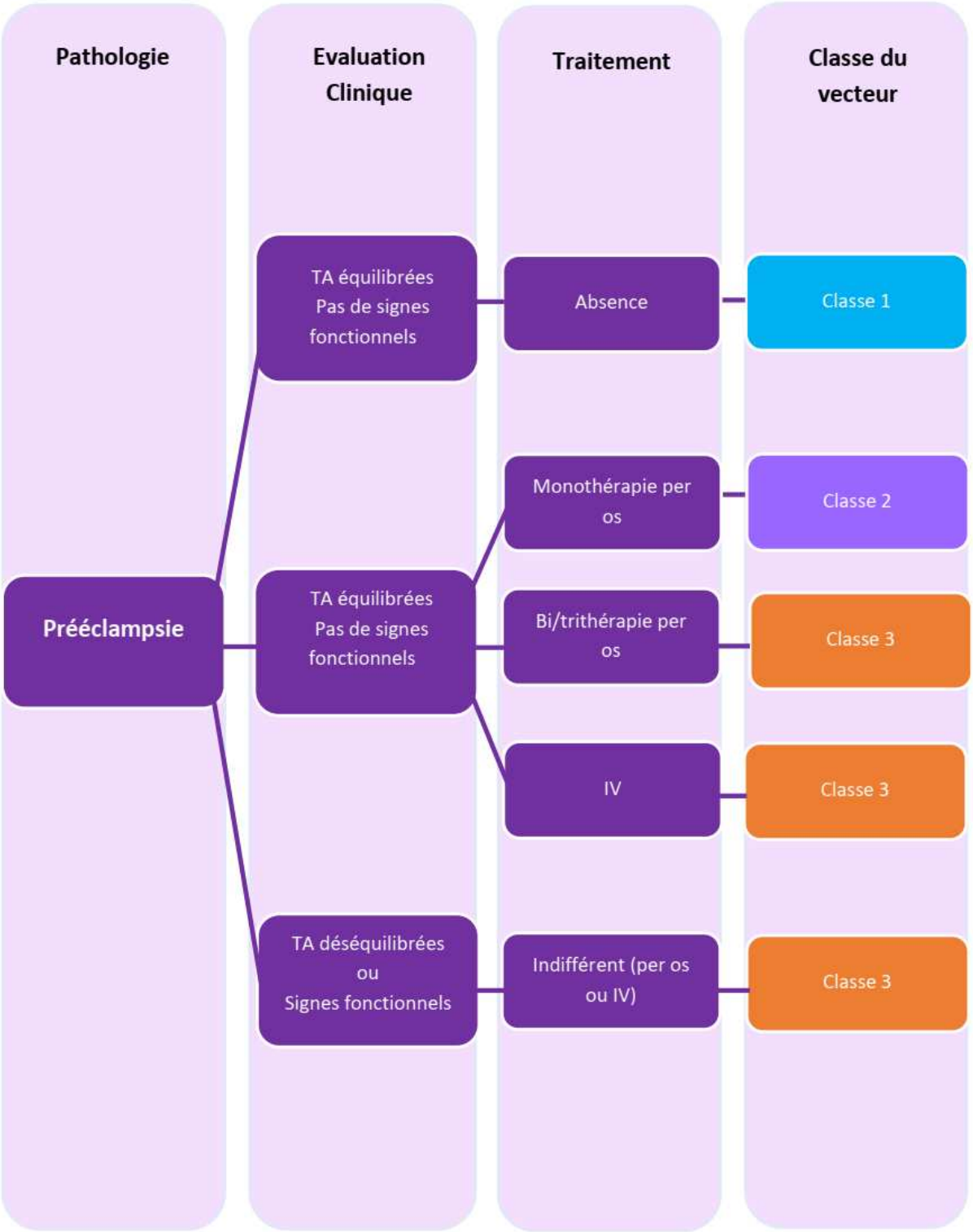
III. Rupture prématurée des membranes avant 36 SA



IV. Métrorragies - hémorragie du post-partum - anomalie de l'insertion placentaire



V. Prééclampsie



Aide-mémoire pour le conditionnement des patientes avant TIU

MAP / RPM

- Corticothérapie
- Bilan infectieux
- Echographie du col (< 34SA)
- Echographie foetale avec EPF récente (<15j)
- ERCF de 30 min (>26SA)
- Tocolyse
- Antibiothérapie si RPM

Pathologies vasculaires (HTA - Pré éclampsie)

- Corticothérapie
- Pose voie veineuse
- Bilan biologique HTA
- ERCF de 30 min minimum
- Echographie foetale
- +/- traitement hypotenseur
- Position DLG à privilégier pendant transport
- Monitorage maternel pendant transport

Métrorragies

- Corticothérapie
- Pose voie veineuse
- Bilan sanguin: groupage sanguin,bilan pré-opératoire, Kleihauer
- ERCF
- Echographie obstétricale abdominale et endovaginale (localisation placentaire)
- Tocolyse

RCIU

- Corticothérapie
- ERCF
- Echographie foetale: EPF en percentile,préconiser l'utilisation des courbes individualisés, transmettre toutes les echographies
- Si contexte de préeclampsie (cf pathologies vasculaires)
- Position en DLG à privilégier pendant transport

FICHE SIMPLIFIEE DE RECUEIL D'INFORMATIONS

I. Généralités

Nom du médecin demandeur : . . . . . Tél. : . . . . . .

Maternité demandeuse : . . . . . Type : . . . . . .

Date et heure de l'appel : . . . . . .

Motif de l'appel : . . . . . .

La patiente est-elle transférable ? □ Oui □ Non Délai de transfert souhaité : . . . . . .

Identité de la patiente (Nom – Prénom – DDN) : . . . . . .

II. Informations cliniques :

Terme : . . . . . Gestité / Parité : . . . . . .

Contexte clinique : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Traitements : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Echo/Doppler/EPF : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Résultats biologiques : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

III. Orientation

Maternité 1 . . . . . . Heure d'appel	Nom Pédiatre	□ Accord □ Refus	**Appel SAMU** □ Classe 1 □ Classe 2 □ Classe 3	**Heure d'acceptation** . . . . . . **Heure de départ** . . . . . .
	Nom GO	□ Accord □ Refus		

Maternité 2 . . . . . . Heure d'appel	Nom Pédiatre	□ Accord □ Refus	**Appel SAMU** □ Classe 1 □ Classe 2 □ Classe 3	**Heure d'acceptation** . . . . . . **Heure de départ** . . . . . .
	Nom GO	□ Accord □ Refus		

Maternité 3 . . . . . . Heure d'appel	Nom Pédiatre	□ Accord □ Refus	**Appel SAMU** □ Classe 1 □ Classe 2 □ Classe 3	**Heure d'acceptation** . . . . . . **Heure de départ** . . . . . .
	Nom GO	□ Accord □ Refus		

CHECK LIST TRANSFERT

I. Demande de transfert in utero

Confirmation lieu d'accueil ..... ☐

Heure d'arrivée prévue (…. h…..)..... ☐

II. Information patiente

Fiche de consentement de transfert ..... ☐

Formulaire personne de confiance ..... ☐

Fiche d'information du réseau ..... ☐

III. Dossier patiente

Pièce d'identité ..... ☐

Fiche de liaison (ou courrier médical) ..... ☐

Suivi clinique de la grossesse +/- accouchement..... ☐

Carte de groupe sanguin ..... ☐

Sérologies obligatoires (BW, Toxo, Rub, HIV, VHB, VHC) ..... ☐

Résultats bilans sanguins ..... ☐

Échographies (toutes les échographies de la grossesse) ..... ☐

Copie du dernier ERCF..... ☐

Feuille de prescription / administration médicamenteuse ..... ☐

Consultation anesthésie si réalisée..... ☐

Fiche de surveillance HPP le cas échéant..... ☐

IV. Transport : classe de vecteur de transport validée avec le SAMU

☐ Classe 1 (non médicalisé) ☐ Classe 2 (paramédicalisé)

☐ Classe 3 terrestre ☐ Classe 3 héliporté

V. Avant départ

Conditionnement patiente selon aide-mémoire ..... ☐

Médication en quantité suffisante pour le transfert ..... ☐

Réévaluation patiente au moment du départ + information au receveur..... ☐

Recensement transfert (appel ou email au RPO) ..... ☐

Fiche de consentement Transfert

Madame,

Vous avez reçu toutes les informations sur les conditions du déroulement de votre grossesse et l'équipe médicale qui vous a prise en charge se tient bien entendu à votre entière disposition en cas de besoin.

Aujourd'hui, nous envisageons dans votre intérêt et celui de votre enfant, de vous transférer dans un établissement qui dispose de moyens adaptés à votre situation médicale.

Vous allez ainsi bénéficier de **l'organisation des maternités de la région au sein du réseau périnatal d'Occitanie RPO.**

Sachez que l'équipe soignante qui va prendre le relais sera bien évidemment intégralement informée de la prise en charge assurée en amont, et que votre dossier médical lui sera transmis afin d'assurer le meilleur suivi possible de votre grossesse. Notre équipe reste en liaison avec celle qui va vous suivre par la suite.

Les informations médicales concernant votre transfert sont recueillies par le RPO et font l'objet d'un traitement informatique à des fins de statistiques et d'amélioration des pratiques régionales. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au RPO, structure d'appui aux transferts périnataux, Espace Henri Bertin Sans, Bat C – 1er étage, 59 avenue de Fès, MONTPELLIER 34080. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Enfin, sachez que si l'évolution de votre grossesse le permet et si l'établissement dispose d'une place pour vous accueillir, vous pourrez être retransférée vers votre maternité d'origine ou vers une autre maternité adaptée à vos besoins.

Aussi, nous vous invitons à formuler toutes vos remarques et commentaires éventuels dans le cadre ci-dessous.

Je soussignée, Madame _____

Certifie avoir reçu toutes les informations tant orales qu'écrites sur les raisons et les modalités exactes de mon transfert vers une maternité différente de celle que j'ai choisie initialement ;

Et accepter ce transfert qui m'a été proposé par le Dr _____

exerçant dans la maternité _____

Afin d'être prise en charge dans la maternité _____

J'autorise le RPO à me contacter par mail _____@_____ pour l'enquête de satisfaction.

Fait à _____, le ____ / ____ /20____.

Signature :

VOS COMMENTAIRES:

RPO est le réseau de périnatalité de l'Occitanie.

Le réseau périnatal, c'est : la mutualisation des compétences, l'harmonisation des collaborations, l'homogénéisation des pratiques médicales pour permettre une organisation plus performante.

Le réseau ne se substitue pas au suivi exercé par votre praticien.

Le réseau et vous :

Dans tous les cas :

Les médecins spécialistes, généralistes, les sages-femmes qui suivent votre grossesse vous accompagneront au mieux dans votre projet de naissance, pour vous permettre de mettre au monde votre enfant en toute sécurité et sérénité.

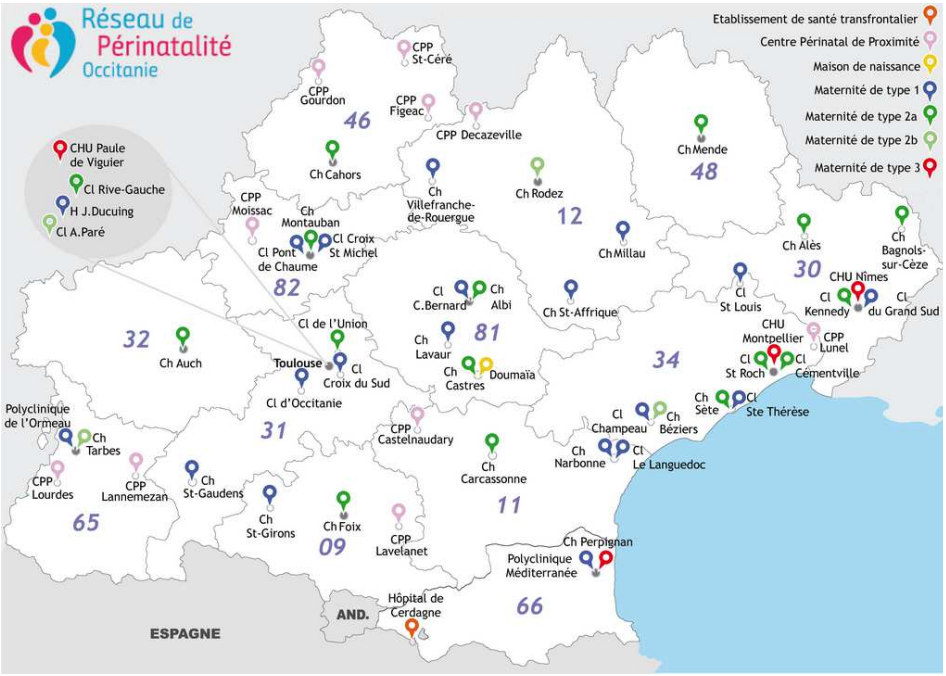
https://www.youtube.com/watch?time_continue=6&v=wk-9DwQiSBY&feature=emb_logo

Les professionnels adhérant au Réseau Périnatalité Occitanie s'engagent à :

- Vous assurer ainsi qu'à votre famille une information complète sur le fonctionnement du réseau
- Recueillir votre consentement avant toute orientation à l'intérieur de celui-ci.

S'il y a nécessité, ils pourront :

- Vous orienter vers d'autres professionnels spécialisés
- Proposer une hospitalisation pendant votre grossesse ou pour votre enfant après sa naissance
- Vous transférer, avec l'aide du réseau, vers un établissement adapté
- Vous rapprocher de votre enfant s'il a été transféré à la naissance



Tous les acteurs du réseau périnatal d'Occitanie ont un objectif commun : offrir à la mère et à l'enfant les soins les mieux adaptés à la grossesse et faire évoluer les pratiques obstétricales dans la région.

Les maternités sont réparties en 3 types :

Les maternités de type I assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveaux nés sans problèmes.

Les maternités de type II (A et B) assurent la prise en charge de nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour les types IIB

Les maternités de type III ont une réanimation néo-natale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds.

Les Centres Périnataux de Proximité (CPP) assurent des consultations pré et post natales.