



UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATALS
Demande de transport et de consultation néonatale

DATE _____
AAAA/MM/JJ

ÉTAT DU TRANSPORT: <input type="checkbox"/> URGENT/STAT <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> ÉLECTIF; CENTRE RÉFÉRANT: _____ <input type="checkbox"/> CCPQ		
DATE (AAAA-MM-JJ):		INFORMATIONS DU CONTACT - NOM _____ - NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____ NOM DU BÉBÉ _____ NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE _____ NUMÉRO DE RAMQ _____ DATE D'EXPIRATION (AAAA/MM) _____
HEURE:	APPEL: 00:00	
DÉCISION DE FAIRE LE TRANSPORT: 00:00		
ÉQUIPE MISE AU COURANT: 00:00		

NAISSANCE: ____/____/____ À ____:____ MASCULIN FÉMININ ÂGE GESTATIONNEL : ____ SEMAINES
 AAAAA-MM-JJ 00:00 POIDS À LA NAISSANCE: ____ KG APGAR: ____¹, ____⁵, ____¹⁰

RAISON DE LA CONSULTATION ET PROBLÈMES PRÉSENTS: _____

HISTOIRE MATERNELLE ET ANTÉCÉDENTS: Âge maternel: ____ G ____ P ____ A ____ SGB ____
 Type d'accouchement: _____ RDM: ____ h pH cordon: ____ Anténatal: Stéroïde MgSO₄

	Derniers signes vitaux	Cardiorespiratoire	Examen physique
ÉTAT ACTUEL	Heure: _____ 00:00	<input type="checkbox"/> Non-intubé	<input type="checkbox"/> Anomalies congénitales notées
	Température en Celsius: _____	<input type="checkbox"/> Ventilation non-invasive	Résultats : _____
	Rythme cardiaque: _____	<input type="checkbox"/> Intubé	_____
	Rythme respiratoire: _____	Mode de support: _____	_____
	Pression artérielle: _____	TET #: _____ fixé à _____ cm	_____
	Remplissage capillaire: ____ sec	PL: ____ PEEP: ____ Fréquence: ____	_____
	Saturation ____ % in ____ F _i O ₂	Intraveineuse: _____	_____
État neurologique: _____	Inotropes: _____	_____	

LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS

Gaz sanguins:

Heure: ____ pH: ____ pCO₂: ____ BIC: ____ EB: ____Heure: ____ pH: ____ pCO₂: ____ BIC: ____ EB: ____Heure: ____ pH: ____ pCO₂: ____ BIC: ____ EB: ____

Glucose: _____ Lactate: _____

Formule sanguine complète:

Globules blancs: _____ Hémoglobine: _____

Plaquettes: _____ Hémoculture **Autres investigations et résultats:** _____**MÉDICATIONS ET INTRAVEINEUSES**

Accès veineux: _____

Liquides: _____ à _____ ml/kg/jour

Bolus : _____

Antibiotiques:

 Ampicilline Doses: _____ Gentamicine/Tobramycine Doses: _____ Autre: _____ Doses: _____ Surfactant donné Inotropes _____ mcg/kg/minute**PLAN ET RECOMMANDATIONS****Médecin requis pour le transport** Oui Non Il est recommandé de transférer le placenta avec le patient pour analyse pathologique**Nom du néonatalogiste, fellow, résident, infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en néonatalogie ou infirmier(ère):**_____
(Nom en lettres moulées)_____
(Signature)_____
(Numéro de permis)_____
(AAAA/MM/JJ)**Nom du néonatalogiste avisé:** _____
(Nom en lettres moulées) (Numéro de permis)**SUIVI ET RÉSULTATS****Date:** _____ **Heure:** _____
AAAA-MM-JJ 00:00

2e appel:

Initiales _____

État du nouveau-né:

Ventilation / Voies aériennes: _____

Cardiovasculaire: _____

Autre: _____

