



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 ____ FiO ₂	Intraveineuse: _____	_____
État neurologique: _____	Inotropes: _____	_____	

