

**Département 37 :**

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

**Département 45 :**

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

**Département 28 :**

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

**Médecin prescripteur :**

- Médecin traitant : Nom : ..... Tél. : .....
- Médecin hospitalier : Nom : ..... Tél. : .....
- Etablissement : ..... Service : .....
- Date d'hospitalisation dans le service : .....

**Médecin traitant informé :**  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

**Patient / Famille informé :**  Oui  Non

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Tél. parent 1 : .....

Adresse : ..... Tél. parent 2 : .....

..... Code Postal :  Ville : .....

Nom de la personne référente : ..... Tél. : .....

## MOTIF DE LA DEMANDE

Date de prescription : ---/---/-----

Médecin / Sage-femme référente : .....

**Surveillance d'une grossesse à risque**

Terme : ..... SA : ..... DDG : ---/---/-----

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HTA                   | <input type="checkbox"/> Diabète                        | <input type="checkbox"/> Placenta prævia  |
| <input type="checkbox"/> Cholestase gravidique | <input type="checkbox"/> ATCD de MFIU / HRP / éclampsie | <input type="checkbox"/> MAP  |
| <input type="checkbox"/> Lupus                 | <input type="checkbox"/> RCIU                           | <input type="checkbox"/> Problème médico-psychosocial associé à une indication médicale |

**SDC Pathologiques liées à :**

- une plaie**  
(déchirure périnéale, infection d'une plaie, rupture d'une suture, complications veineuses, hématome d'une plaie, difficulté sphinctériennes urinaires)
- un diabète préexistant**
- une obésité**
- une grossesse multiple**
- une situation de vulnérabilité**
- une difficulté d'allaitement** chez les femmes avec au moins un facteur de risque

**Surveillance d'un nouveau-né à risque**

Terme : ..... SA      PN : ..... g      PCN : ..... cm      TN : ..... cm

Heure de naissance : ..... Apgar : .....

GDS au cordon : pH ..... lactates ..... mmol/L

Accouchement :  Voie basse     Césarienne

Surveillance pondérale : \_\_\_\_\_

Lien parent/enfant : \_\_\_\_\_

**Ictère :**

Nombre de séances réalisées : .....

Dernière séance faite le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à ..... h ..... pendant ..... h

- Dernière bili sang ou BTC .....  $\mu\text{mol/L}$     Date et heure : .....
- Dernière Hb : .....    Date et heure : .....    Groupe RH : .....    Coombs : .....
- G6PD prélevé avant la sortie :  oui     non
- Courbe de photothérapie :  > 38 SA sans condition à risque  
 > 38 SA avec condition à risque ou 35-37 SA sans condition  
 35-37 SA avec condition à risque

**Prise en charge pour ictère**

Surveillance clinique à chaque visite à domicile bilitranscutanée

par 12h

par 24h

Bilan sanguin

Bilirubinémie à prélever le : .....

Bilirubinémie selon résultats BTC, après avis médecin d'HAD

Mise en place de la photothérapie avec Bilicoccon bag par l'IDE/Puer pour une séance de 12h

Le jour de l'accueil

Selon surveillance après avis médical

Date de la demande :	Nom et signature du prescripteur :