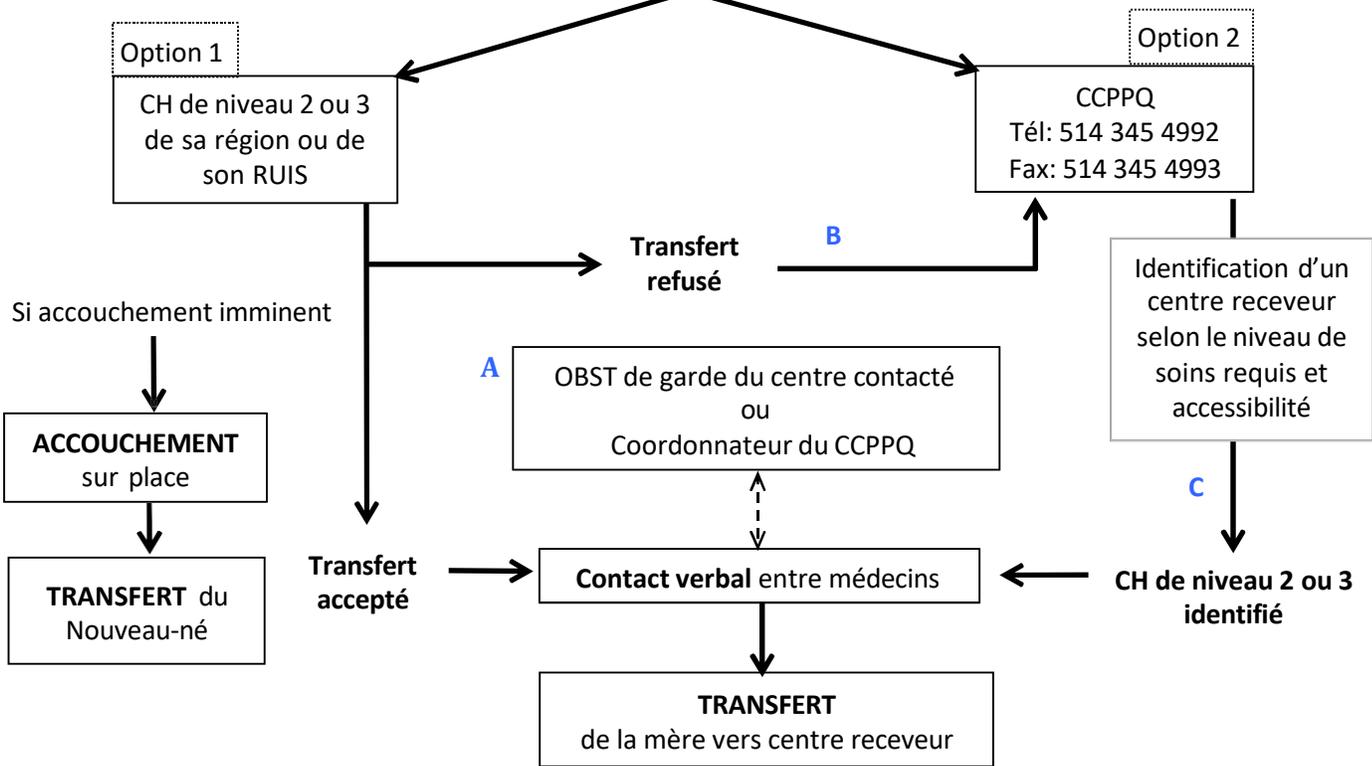


## ALGORITHME DE COORDINATION MFM/GARE TRANSFERT D'UNE FEMME ENCEINTE

En provenance d'un CH référent - niveau 1 ou - niveau 2 ou - niveau 3 en débordement	Vers un CH de niveau 2 ou 3 - pour sa condition médicale ou - pour une prise en charge de son nouveau né à naître
---	---

Le médecin du CH référent désire transférer une mère avec grossesse à risque

**Contacteur par téléphone et faxer l'une des 2 options suivantes** **OBLIGATOIRE**



- A.** Si obstétricien de garde du centre contacté non disponible ou si appel direct au CCPPQ, le coordonnateur MFM/GARE du CCPPQ sera appelé si délai dans identification d'un centre receveur
- B.** Le centre qui refuse le transfert doit contacter le CCPPQ et lui faxer la feuille de transfert du centre demandeur
- C.** Après 2 refus de transfert gérés par le CCPPQ, le coordonnateur du CCPPQ (selon le secteur où l'accès est difficile) sera appelé

<p><b>CUSM</b> T : 514-412-4400 #35006 OU 514-843-1592 / FAX 514-843-1744</p> <p><b>H Général Juif</b> T : 514-340-8277 / FAX 514-340-7505</p> <p><b>CHU Ste-Justine</b> T : 514-345-4701 / FAX 514-345-4813</p> <p><b>H M-Rosemont</b> T : 514-252-3447 OU 514-252-3400 # 6784 / FAX 514-252-7747</p> <p><b>CHU Québec</b> T : 418-525-4444 #72600 / FAX 418-577-2056</p> <p><b>CHU Sherbrooke</b> T : 819-346-1110 #14660 / FAX 819-820-6441</p> <p><b>CCPPQ</b> T : 1-877-675-4992 OU 514-345-4992 / FAX : 514-345-4993</p>	<p><b>Pierre-Boucher</b> T : 450-468-8320 / FAX: 450-468-8075</p> <p><b>Pierre Le Gardeur</b> T: 450-654-7525 # 12155 / FAX: 450-582-9542</p> <p><b>Cité de la Santé</b> T: 450-668-1010 # 23569 / FAX: 450-975-5362</p> <p><b>St-Jérôme</b> T: 450-431-8442 / FAX: 450-431-8441</p> <p><b>CHUM</b> T: 514-890-8000 # 8326 OU #34332 / FAX: 514-412-7290</p> <p><b>Gatineau</b> T: 819-966-6395 / FAX: 819-966-6154</p> <p><b>Trois-Rivières</b> T: 819-697-3333 # 69858 / FAX: 819-371-5000</p> <p><b>Rimouski</b> T: 418-723-7851 # 8446 / FAX: 418-724-8198</p> <p><b>Chicoutimi</b> T: 418-541-1000 # 2362 / FAX: 418-541-7036</p> <p><b>Rouyn</b> T: 819-764-5131 # 43260 / FAX: 819-764-2941</p>
--	--

**Faxer la requête au 514-345-4993 ET contacter le CCPPQ  
au 514-345-4992/1-877-675-4992**

**PRIORITÉ :**     Immédiat     Dès que possible

**Requête de transfert maternel vers centre de niveau 2 ou 3 : À compléter 1 fois par le centre référent**

<p>Date de l'appel : _____ Heure : _____</p> <p>Centre référent : _____</p> <p>Nom de l'obstétricien et # de pratique : _____</p> <p># de téléphone : _____</p> <p>CH contactés avant l'appel au CCPPQ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Lesquels :</p>	<p># de RAMQ : _____</p> <p>Nom de la patiente : _____</p> <p>Âge gestationnel : _____ sem _____ jours</p> <p><input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiple</p> <p>G _____ T _____ P _____ A _____ V _____</p> <p>DDM/DPA : _____/_____</p> <p>Césarienne antérieure : <input type="checkbox"/> Date : _____</p>
<p><b>Raison du transfert :</b></p> <p><input type="checkbox"/> TPT    <input type="checkbox"/> DPPNI    <input type="checkbox"/> PE    <input type="checkbox"/> Prævia    <input type="checkbox"/> Saignement    <input type="checkbox"/> Malformations fœtales</p> <p><input type="checkbox"/> RCIU *EPF : _____ (g) *Obligatoire pour les transferts de 32 sem à 36 6/7 sem</p> <p><input type="checkbox"/> Rupture des membranes    Date et heure : _____    Liquide : <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Méco</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	
<p><b>Informations complémentaires :</b></p>   	
<p><b>Travail :</b> Contractions q _____ minutes, depuis _____    Ressenties : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p><b>Examen :</b> Dilatation : _____    Effacement : _____    Station : _____    Présentation : _____</p>	
<p><b>Bien-Être fœtal :</b> <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> *Atypique Spécifier : _____    → *Faxer le tracé</p>	
<p><b>Signes vitaux :</b> TA : _____    FC : _____    FR : _____    Sat : _____    T° : _____</p>	
<p><b>Analyses en cours :</b> <input type="checkbox"/> Cultures vaginales <input type="checkbox"/> Strep <input type="checkbox"/> Bilan PE <input type="checkbox"/> Autres :</p>	
<p><b>Traitements donnés :</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Tocolyse    <input type="checkbox"/> Adalat    <input type="checkbox"/> Indocid    Heure : _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Corticostéroïdes    <input type="checkbox"/> 1<sup>ère</sup> dose : _____    <input type="checkbox"/> 2<sup>ième</sup> dose : _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Antibiotiques</p>	
<p><input type="checkbox"/> MGSO4    Débuté à : _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Autre</p>	

**À l'usage exclusif du CCPPQ**

<b>Orientation Finale</b>	<p><input type="checkbox"/> Accepté</p> <p><input type="checkbox"/> Imposé Par (Coordo CCPPQ) <input type="checkbox"/> Obst : _____ <input type="checkbox"/> Neonat : _____</p> <p>Hôpital receveur : _____</p> <p>MD receveurs : Obst : _____ Neonat : _____</p>
---------------------------	---