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

↓

Contacter par téléphone l'une des 2 options suivantes
Faxer le formulaire de transfert à l'option choisie

OBLIGATOIRE

Option 1

CH de niveau 2 ou 3 de sa région ou de son RUIS

Option 2

CCPQ
Tél: 877 675 4992
Fax: 514 345 4993

Transfert refusé → B → CCPQ

Identification d'un centre receveur selon le niveau de soins requis et accessibilité

C → **CH de niveau 2 ou 3 identifié**

Si accouchement imminent → **ACCOUCHEMENT** sur place → **TRANSFERT** du Nouveau-né

Transfert accepté → **Contact verbal** entre médecins

A → OBST de garde du centre contacté ou Coordonnateur du CCPQ

TRANSFERT de la mère vers centre receveur

A. Si obstétricien de garde du centre contacté non disponible ou si appel direct au CCPQ, le coordonnateur MFM/GARE du CCPQ sera appelé si délai dans identification d'un centre receveur

B. Le centre qui refuse le transfert doit contacter le CCPQ et lui faxer la feuille de transfert du centre demandeur

C. Après 2 refus de transfert gérés par le CCPQ, le coordonnateur du CCPQ (selon le secteur où l'accès est difficile) sera appelé

CUSM (HRV)	T : 514-934-1934 #35006 OU 514-843-1592 / FAX 514-843-1744
H Général Juif	T : 514-340-8277 / FAX 514-340-7505
CHU Ste-Justine	T : 514-345-4701 / FAX 514-345-4813
H M-Rosemont	T : 514-252-3447 OU 514-252-3400 # 6784 / FAX 514-252-3580
CHU Québec	T : 418-525-4444 #72600 / FAX 418-577-2056
CHU Sherbrooke	T : 819-346-1110 #14660 / FAX 819-820-6441
CCPQ	T : 1-877-675-4992 OU 514-345-4992 / FAX : 514-345-4993
Pierre-Boucher	T; 450-468-8111 # 82304 / FAX: 450-468-8075
Pierre Le Gardeur	T: 450-654-7525 # 12155 / FAX: 450-582-9542
Cité de la Santé	T: 450-668-1010 # 23569 / FAX: 450-975-5362
St-Jérôme	T: 450-431-8442 / FAX: 450-431-8441
CHUM St-Luc	T: 514-890-8000 # 8326 OU #34332 / FAX: 514-412-7256
Gatineau	T: 819-966-6395 / FAX: 819-966-6154
Trois-Rivières	T: 819-697-3333 # 69858 / FAX: 819-371-5000
Rimouski	T: 418-723-7851 # 8446 / FAX: 418-724-8198
Chicoutimi	**T:** 418-541-1000 # 2362 / FAX: 418-541-7036
Rouyn	T: 819-764-5131 # 43260 / FAX: 819-764-2941

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

NIVEAU 3		NIVEAU 2		
☐CHU Ste-Justine ☐CUSM – HRV ☐H Général Juif ☐H Maisonneuve-Rosemont	☐CHU Québec ☐CHU Sherbrooke	☐Pierre-Boucher ☐Pierre Le Gardeur ☐Cité de la Santé ☐St-Jérôme	☐Trois-Rivières ☐CHUM St-Luc ☐Gatineau	☐Rimouski ☐Chicoutimi ☐Rouyn	☐CCPQ

Date de l'appel: _____**Heure** _____ **Centre référent:** _____ **Nom de l'obstétricien & contact :** **No de Téléphone**: _____	**Numéro de dossier** _____ **Nom de la mère** _____ **Age chronologique** _____ **Age gestationnel** _____ **sem** ____ **jours** **Unique** ____ **Jumeau** ____
PRIORITÉ : ❑ **Immédiat** ❑ **Dès que possible** G_____ T_____P_____ A_____ V_____ DDM/DPA _____/_____	**Raison du transfert :** ❑ **TPT** ❑ **DPPNI** ❑ **Pré-éclampsie** ❑ **Praevia** ❑ **Saignement** ❑ **RCIU** ❑ **Fœtal** ❑**Malformation** ❑ **Rupture des membranes** ❑ Autre - date et heure :

Informations additionnelles :

Travail : Contraction q_____ minutes, depuis _____

Signes vitaux	TA	RC	RR	O_2Sat	Temp

Examen	Dilatation / Effacement / Station _____/_____/_____ Présentation: _____	Bien-être foetal Spécifer : ☐ Normal ☐ Atypique /Anormal → **FAXER LE TRACÉ,**
Traitements donnés (Spécifier)	☐ Tocolyse	
	☐ Corticostéroïdes	1ère dose à
	☐ Antibiotiques	1ère dose à
	☐ Magnesium	Débuté à
	☐ Autre	
Orientation finale	☐ Accepté ☐ Refusé, raison :	

MD qui accepte	Signature MD
Date d'arrivée	Heure d'arrivée