

Formulaire de Transfert PTME



Système d'Information Sanitaire

10.4/5 Formulaire de transfert PTME

Section 1 : Information sur la Mère

No. PTME	Grossesses	Statut (Cercle) Réfugié / National
Age	Fécondité	Statut VIH (Cercle) Positif / Indéterminé

Événement	Date	Heure	Remarques (Cercle)
Admission à la salle d'accouchement			
Début du travail			Spontané / Provoqué
ARV administrée			
Rupture de la membrane			Spontanée / Artificielle
Accouchement			Mode d'accouchement

Section 2: Information sur le Nouveau-né (remplir plusieurs formulaires si grossesse multiple)

Sexe (Cercle) Homme / Femme	Poids (Kg)	Circonférence de la tête (cm)
Indice Apgar	Longueur (cm)	Remarques

Événement	Date	Heure	Remarques
ARV administré			Dans les 72 heures ? Oui / Non

Section 3: Information sur la personne transférée

Adressée à (conseiller / clinique):	Date:	Inscrire le nom:
-------------------------------------	-------	------------------