

Numéro d'ordre: .....

**Etude prospective des stratégies de transfert périnatal utilisées en Belgique  
Partie MIC**

<p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Age gestationnel <math>\geq 22</math> et <math>&lt; 32</math> semaines</li><li>• Poids de naissance estimé <math>&lt; 1500</math> grammes</li></ul> <p><b>Critères d'exclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Age gestationnel <math>&lt; 22</math> semaines</li><li>• Interruption volontaire de grossesse au cours du troisième trimestre.</li></ul>
--

<b>Transfert Maternel</b>	
Patiente numéro	
Durée de la grossesse (semaines-jours)	
Date du transfert (dd-mm-yyyy)	
En provenance de quelle institution?	
Motif(s) du transfert	<input type="checkbox"/> Prééclampsie <input type="checkbox"/> Eclampsie <input type="checkbox"/> PROM <input type="checkbox"/> Chorioamnionite <input type="checkbox"/> Mise en travail prématurée <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> PN $< 1500$ g <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Placenta bas inséré <input type="checkbox"/> Placenta accreta <input type="checkbox"/> Autre anomalie placentaire <input type="checkbox"/> Autre spécifier:

<b>Retransfert maternel</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Patiente numéro	
Durée de la grossesse (semaines-jours)	
Date du retransfert (dd-mm-yyyy)	
Retransfert vers:	<input type="checkbox"/> Institution d'origine <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre spécifier
En cas d'absence de retransfert, motif(s) :	