

Nom : _____ Prénom : _____ DDN : ____/____/____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Age gestationnel de naissance : _____ SA Terme théorique : ____/____/____
 Parité : _____ Age de la mère : _____ ans Non disponible
 Poids mère avant grossesse : _____ kg Taille mère : _____ cm
 Consommation tabac / Alcool / Autres produits durant grossesse : oui non

Renseignements Mère

Niveau d'étude :
 Primaire
 Secondaire (collège (6^e à 3^e) BEP, CAP)
 BAC (2nd à terminale)
 Enseignement sup (supérieur au BAC)
 Profession : _____

Catégorie Socio-Professionnelle :
 1 : Agriculteurs exploitants
 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 3 : Cadres et professions intellectuelles sup.
 4 : Professions intermédiaires
 5 : Employés
 6 : Ouvriers
 7 : Retraités
 8 : Personnes sans activité professionnelle

Renseignements Père

Niveau d'étude :
 Primaire
 Secondaire (collège (6^e à 3^e) BEP, CAP)
 BAC (2nd à terminale)
 Enseignement sup (supérieur au BAC)
 Profession : _____

Catégorie Socio-Professionnelle :
 1 : Agriculteurs exploitants
 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 3 : Cadres et professions intellectuelles sup.
 4 : Professions intermédiaires
 5 : Employés
 6 : Ouvriers
 7 : Retraités
 8 : Personnes sans activité professionnelle

Type de maternité de naissance : III IIB IIA I Domicile Autre

Maternité de naissance : _____

Inclusion réseau : oui non

Si Non, Motif : Refus Oubli Hors réseau Décès
 Autre : _____

Groupe : < 33 SA EAI, Stade : 1 RCIU Cardiopathie congénitale
 2 Fratrie RCIU
 3
 Hypothermie : oui non

Autres, préciser : _____

Commentaire sur l'inclusion :

MENSURATIONS DE NAISSANCE

Poids : _____ gr Non disponible Hypotrophie : Non
 Taille : _____ cm Non disponible < 10^{ème} p.
 PC : _____ cm Non disponible < 3^{ème} p.

GROSSESSE

Type de grossesse : Spontanée Si PMA : FIV PMA réalisée à l'étranger : oui non
 PMA IA
 Non disponible Stimulations
 Ne sait pas
 Autres : _____

Nombre de fœtus : Singleton
 Jumeaux BCBA
 Triplés MCBA
 Quadruplés Autre : _____

Prénoms jumeaux (*et plus...*) : _____

STT TOPS/TAPS : oui non

Pathologies associées à la naissance prématurée :

MAP ARCF RPDE
 Chorioamniotite (infection intra-utérine) Vasculaire (HTA, toxémie, éclampsie) Placentaire (HRP, P Prævia, DPPNI)
 Diabète RCIU Cause accouchement inconnue
 Autre pathologie : _____

Si RPDE, durée : _____ Heures/Jours

Si diabète, précision : Gestationnel insulino-dépendant
 Gestationnel non insulino-dépendant
 Préexistant à la grossesse insulino-dépendant
 Préexistant à la grossesse non insulino-dépendant
 Sans précision

Corticothérapie : Complète
 Incomplète
 Données non disponible
 Non faite

ACCOUCHEMENT

Mode d'accouchement : VB simple Déclenchement : oui non
 VB Instrumentale Si oui : Acc. provoqué pour cause maternelle
 Césarienne avant travail Acc. provoqué pour cause fœtale
 Césarienne pendant travail

APGAR : 1 min : _____ 5 min : _____ 10 min : _____

Lactates : _____ mmol/l

PH cordon artériel : _____

PH cordon veineux : _____

PEC en salle de naissance :

Pas de geste de réanimation Ventilation au masque CPAP nasale exclusive
 Intubation Adrénaline MCE
 Surfactant

Commentaires sur malformations ou syndromes :

RESPIRATOIRE	
Pathologie respiratoire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, type de pathologie : <input type="checkbox"/> MMH <input type="checkbox"/> DRT <input type="checkbox"/> HTAP <input type="checkbox"/> Inhalation LA méconial <input type="checkbox"/> Autres : _____
Support ventilatoire à J28 : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Support ventilatoire à 36 SA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
DBP : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : <input type="checkbox"/> Légère (support ventilatoire mais pas d'O2 à 36 SA) <input type="checkbox"/> Modérée (FiO2 < 30% à 36 SA) <input type="checkbox"/> Sévère (FiO2 > 30% à 36 SA)
NO : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Surfactant : <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Plus de 2 doses <input type="checkbox"/> Quantité non disponible
Corticothérapie post-natale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	Si oui : <input type="checkbox"/> 0 - Bétaméthasone per os <input type="checkbox"/> 1 - HSHC IV <input type="checkbox"/> 2 - Autre : _____
AC arrêt du support ventilatoire : _____	en SA (+1 jour = 0.14 SA)

CARDIAQUE	
Pathologies cardiaques : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, type de pathologie :	<input type="checkbox"/> Trouble hémodynamique sévère <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale <input type="checkbox"/> CAP
	<input type="checkbox"/> Autre pathologie cardiaque : _____
Si CAP, type de traitement :	<input type="checkbox"/> Médicamenteux <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Voie endovasculaire <input type="checkbox"/> Aucun
Si malformation cardiaque :	<input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> CIA <input type="checkbox"/> FOP Large
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	_____

INFECTIEUX / DIGESTIF / RENAL	
INFECTIEUX	
Infection materno-fœtale : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui sans méningite <input type="checkbox"/> oui avec méningite	
Si oui, précisions :	<input type="checkbox"/> E.Coli <input type="checkbox"/> Strepto B <input type="checkbox"/> Enterobacter <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Autre : _____
Infection tardive : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précision : _____
DIGESTIF	
ECUN : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisions : <input type="checkbox"/> TT médical <input type="checkbox"/> TT chirurgical <input type="checkbox"/> Donnée non connue
Age corrigé d'autonomie alimentaire : _____	en SA (+1 jour = 0.14 SA)
Autres pathologies digestives : _____	
RENAL	
Valeur max créatinine : _____ µmol/l	<input type="checkbox"/> Non disponible

NEUROLOGIQUE

HIV : Non Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4

LMPV : oui non Si oui : Cavitaire
 Non cavitaire
 Non précisé

Autres lésions écho : non oui, précisions : _____

EEG Anormal : oui non

Convulsions : non Isolées Etat de mal

IRM fait : oui non

TT chirurgical neuro : oui non

Précisions : _____

Commentaire neurologique : _____

HEMOGLOBINE

Transfusion de PGR durant l'hospitalisation: oui non

Dernier taux d'hémoglobine avant la sortie : _____ g/l

AUDITIF ET VISUEL

AUDITIF

Dépistage auditif : Fait Non fait Prévu en externe

Technique utilisée : PEA Automatisé OEA PEA Seuil

Résultat : Normal Non concluant Non communiqué

Si non concluant : Unilatéral Bilatéral

Précision pathologie auditive : _____

VISUEL

Fond d'œil : Non fait Normal Douteux Pathologique Prévu en externe

Retcam

ROP : non oui Si oui, Stade ROP : 1 2 2+ 3 3+ 4

Traitement ROP : Aucun Laser Injection intraoculaire Autre

Précision pathologie oculaire : _____

LISTE DES TRANSFERTS D'HOSPITALISATION

Hospitalisation 1

Nom établissement : _____

Type : III IIB IIA I

Date entrée : ____/____/____

Date sortie/transfert ____/____/____

Commentaire : _____

Hospitalisation 2

Nom établissement : _____

Type : III IIB IIA I

Date entrée : ____/____/____

Date sortie/transfert ____/____/____

Commentaire : _____

Hospitalisation 3

Nom établissement : _____

Type : III IIB IIA I

Date entrée : ____/____/____

Date sortie/transfert ____/____/____

Commentaire : _____

Hospitalisation 4

Nom établissement : _____

Type : III IIB IIA I

Date entrée : ____/____/____

Date sortie/transfert ____/____/____

Commentaire : _____

Hospitalisation 5

Nom établissement : _____

Type : III IIB IIA I

Date entrée : ____/____/____

Date sortie/transfert ____/____/____

Commentaire : _____

EXAMEN DE FIN D'HOSPITALISATION : ENTRE 36 ET 41 SA

Date : ___/___/___

Poids : _____ gr Taille : _____ cm PC : _____ cm

Examen respiratoire normal : oui nonCodage Neuro : 0 - normal
 1 - douteux
 2 - pathologiqueCodage Vision : 0 - normal
 1 - douteux
 2 - pathologiqueCodage Audition : 0 - normal
 1 - douteux
 2 - pathologique**SORTIE**

Date : ___/___/___ Poids de sortie : _____ gr

Mode de sortie : Domicile Décédé Autre service de pédiatrie
 Autre : _____O2 à la sortie : oui non Scope à la sortie : oui nonHAD : oui non Nutrition entérale sur sonde : oui nonCAMSP : oui non Nom du CAMSP : _____Synagis : Non indiqué Débuté A prévoir en saisonType d'alimentation : Maternel Mixte Artificiel Non disponible
 Allaitement maternel débuté et arrêté avant la sortieSoins de dev. durant l'hospitalisation : Bullinger Nidcap/FINE Mixte ou autre Non disponibleCommentaire sortie : _____

_____**Prochains RDV réseau : médecin à 1 mois après la sortie et psychologue vers les 6 mois de l'enfant**