**FICHE DE REPÉRAGE COVID 19**

**⇨** Recueil de données PERINAT COVID (Evaluation des trajectoires Auvergne Rhône-Alpes)

⇨ Etude COROPREG (INSERM)

**Fiche mère  Fiche nouveau-né naissance  Fiche nouveau-né suivi à 1 mois**

**Merci de remplir cette fiche pour chaque mère répondant aux critères d’inclusion suivants :**

* Femme avec Infection à Covid-19 confirmée ou probable (cf. critères ci-dessous, au moins 1 case grisée cochée)
* Infection survenue à tout moment de la grossesse, et jusqu’à J42 après l’accouchement
* Diagnostic ou suspicion entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021

**Comment classer l’infection à Covid-19** *(critères Sante Publique France mis à jour au 25 mai 2020)*

**(1) Infection confirmée** = **Test COVID PCR SARS-CoV2 positif**

🞎 non **🞎** ouiDate du **1er test positif** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

 Moment du 1er test+ par rapport à la grossesse :

 **🞎** Pendant la grossesse (y compris pendant le travail), et AG |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| jours

 **🞎** Postpartum, et nombre Jours PP |\_\_|\_\_|

**Infection probable si :**

**(2)** Signes cliniques évocateurs\* **et** imagerie pulmonaire évocatrice de COVID-19

**🞎** non **🞎** ouisi oui, date (imagerie pulmonaire ou suspicion) |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

 et/ou AG |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| jours OU nombre Jours PP |\_\_|\_\_|

**(3)** Signes cliniques évocateurs\* dans les 14 jours suivant un contact étroit avec cas confirmé de COVID-19

**🞎** non **🞎** ouisi oui, date des 1ers signes cliniques |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

 et/ou AG |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| jours OU nombre Jours PP |\_\_|\_\_|

\*Signes respiratoires, infection respiratoire haute ou basse, asthénie inexpliquée, myalgies inexpliquées, céphalées en dehors d’une pathologie migraineuse connue, anosmie ou hyposmie sans rhinite associée, agueusie ou dysgueusie.

**Pré requis : Informations sur le recueil PERINAT COVID**

Transmise à la mère / aux parents : 🞎 oui 🞎 non

Non opposition tracée dans le dossier : 🞎 oui 🞎 non

****

**Etude COROPREG**

Pour l’inclusion des cas dans cette étude nationale, le recueil de données est le même que celui de PERINAT-COVID. En cas d’accord de la patiente, elle pourra être contactée 3 mois post accouchement.

Information COROPREG délivrée : 🞎 oui 🞎 non Note d’information remise ou envoyée : 🞎 oui 🞎 non

Accord inclusion des données dans COROPREG : 🞎 oui 🞎 non (possible même sans accord pour contact à M3)

Accord pour questionnaire et contact téléphonique à 3 mois post accouchement : 🞎 oui 🞎 non

Merci de noter les coordonnées pour ce contact :

Nom (d’usage) ……………………………………………. Prénom …………………………………………….

Téléphone portable : ……………………………………………. Téléphone fixe : …………………………………………….

Adresse mail ……………………………………….…………………….@............................

Adresse postale :

 **N’hésitez pas à compléter en texte libre**

**Fiche MERE**

Si disponible : Poids avant grossesse ……… kg Taille ………… cm

**Pathologie (s) chronique (s)** 🞎 non 🞎 oui si oui, préciser :

**🞎** Obésité IMC > 30.

**🞎** Diabète insulinodépendant ou requérent

**🞎** Insuffisance respiratoire chronique, asthme ou mucoviscidose …

**🞎** HTA traitée

**🞎** Immunodépression (médicamenteuse, VIH) …

**🞎** Autre (s) en clair**: ……………………………………………**

**Grossesse**

**🞎** Unique **🞎** Multiple : ………….

DDR: …………………. ou terme prévu : ………………….

**Circonstances du diagnostic COVID**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Hospitalisation pendant la grossesse : 🞎** Non

 **🞎** Oui pour suspicion ou diagnostic d’infection à COVID

 **🞎** Oui pour autre raison puis diagnostic COVID pendant l’hospitalisation

 **🞎** Oui mais sans lien avec COVID

Si hospitalisation :

1ère hosp : **🞎** obstétrique **🞎** médecine (yc unité COVID)

 **🞎** réanimation/USI **🞎** autre

 Nom établissement : …………………………………………………………………

 Date 1ère hospitalisation |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ou AG |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| jours

Transfert **🞎**non **🞎** oui**: ……………………………………………………………**

2ème hosp : **🞎** obstétrique **🞎** médecine (yc unité COVID)

 **🞎** réanimation/USI **🞎** autre

 Nom établissement :…………………………………………………………………

 Date 2ère hospitalisation |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ou AG |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| jours

**Accouchement/issue de grossesse**

Fin de grossesse : **🞎** Fausse couche (précoce ou tardive) : AG à la FC |\_\_|\_\_| SA

 **🞎** Accouchement (> 22SA yc MFIU et IMG) **🞎** Issue non encore connue

Corticothérapie anténatale **🞎** non **🞎** oui

Maternité accouchement : …………………………………………………………………

Date accouchement JJ/MM |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| ou AG accouchement |\_\_|\_\_| SA et |\_\_| j

Début de travail : **🞎** Spontané  **🞎** Maturation/Déclenchement **🞎** Césarienne avant travail

Mode : **🞎** Voie basse  **🞎** Césarienne en urgence **🞎** Césarienne programmée Indication(s) si déclenchement ou/et césarienne :…………………………………………………………………..

Anomalies du RCF ayant nécessité une naissance plus rapide ? **🞎** oui **🞎** non

Examen anatomopathologie du placenta réalisé : **🞎** oui **🞎** non

**Hospitalisation maternelle hors maternité après accouchement**

🞎 non 🞎 oui

Si oui : **🞎** médecine (yc unité COVID)

 **🞎** réanimation/USI **🞎** autre  Motif : ……………………………………….

**Au total pour la mère :**

Nbre de jours en réanimation/USC/USI (y compris SSPI ou bloc opératoire transformé) : |\_\_|\_\_|

Nombre de jours de ventilation mécanique : |\_\_|\_\_|

Décès maternel **🞎** non **🞎** oui(date |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| …………………………..)

**Date de retour à domicile post partum pour la mère** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (sortie de maternité ou sortie d’hospitalisation)

**Commentaires mère**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fiche nouveau-né naissance**

 **N’hésitez pas à compléter en texte libre**

🞎 Sexe F 🞎 Sexe M

Si multiples, remplir une fiche par nouveau-né : 🞎 J1 🞎 J2

Statut vital **🞎** IMG **🞎** MFIU **🞎** Décès per-partum **🞎** Né vivant

Apgar : \_\_ / \_\_ / \_\_ pH Ao : …………. pH Vo : ………….

Poids de naissance : …………. Taille  : …………. PC : ………….

Syndrome malformatif : non 🞎 oui 🞎  : …………………………………………………………………………..

PCR SARS-CoV2 : 🞎 Test Fait 🞎 Non fait 🞎 NSP

Si fait, Résultat : 🞎 Négatif 🞎 Positif**,** date : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Allaitement **🞎** maternel y compris non exclusif **🞎** Tire-lait car politique COVID de la maternité

 **🞎** Artificiel choix de la mère **🞎** Artificiel politique COVID de la maternité

**Hospitalisation du NN** 🞎 non 🞎 oui

Si NN hospitalisé : Motif **🞎** Prématurité **🞎** Détresse respiratoire

 **🞎** Hospitalisation de la mère **🞎** Autre(s) : **………………………………..**

 Lieu (service + hôpital) : …………………………………………………………………………..

 Niveaux de soins (cocher tous les niveaux où est passé le NN): 🞎 Réa 🞎 USI 🞎 Néonat 🞎 UK

**Séjour en maternité du nouveau-né  :**

🞎 « Simple » 🞎 Troubles de la régulation thermique 🞎 Troubles de la glycémie

🞎 Surveillance type « risque infectieux » 🞎 Autre(s) : ……………………………………

🞎 Séparation mère/enfant en suites de naissance, motif ……………………………………

**Sortie du NN :** Date (sortie ou transfert ou décès): |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**🞎** Domicile  **🞎** Transfert : motif : ………………………………………………… lieu : ………………………………….

**🞎** Décès Cause principale : ………………………………….

Précisions : ………………………………….………………………………….………………………………….

Si sortie à domicile, quel **type de suivi** organisé explicitement à la sortie :

- RV pour visite ou consultation H24 ou H48 après sortie :

 🞎 Non pris 🞎 Pris avec Sage-femme libérale 🞎 Pris avec Sage-femme PMI

 🞎 Autre : ……………………………………………………

- RV avec médecin pour consultation J6-J10 ou consultation présentielle 8 jours post sortie :

 🞎 Non pris 🞎 Pris avec pédiatre 🞎 Pris avec MG 🞎 Pris avec médecin PMI

 🞎 Autre : …………………………………………………………………………………………….

**Commentaires nouveau-né**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fiche nouveau-né suivi à 1 mois**

 **N’hésitez pas à compléter en texte libre**

**Point vers 1 mois** Date : Age en jours : ……………….

Évènements depuis la sortie de maternité / Néonatologie :

• consultation médicale non programmée : 🞎 oui 🞎 non motif : ………………………………………..

• passage aux urgences : 🞎 oui 🞎 non motif : ………………………………………..

• hospitalisation : 🞎 oui 🞎 non motif : ………………………………………..

 Lieu (service, hôpital) : ………………………………………………………….

Examen de 1 mois fait ou rdv pris : 🞎 oui 🞎 non

Par/avec : 🞎 pédiatre libéral 🞎 médecin généraliste 🞎 médecin PMI 🞎 pédiatre hospitalier 🞎 Autre

Poids : ………………..

Mode d’alimentation : 🞎 sein 🞎 allaitement artificiel 🞎 allaitement mixte

Fièvre depuis la sortie : 🞎 non 🞎 oui : ……………………………………………………………………

Troubles digestifs : 🞎 non 🞎 oui : ……………………………………………………………………

Difficultés alimentaires : 🞎 non 🞎 oui : ……………………………………………………………………

Signes respiratoires : 🞎 non 🞎 oui : ……………………………………………………………………

Autres symptômes : ……………………………………………………………………

Etat de santé de la mère, autres difficultés : ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

**Conclusion à 1 mois (J28) :**

🞎 Nouveau-né en bonne santé

🞎 Nouveau-né ayant présenté des problèmes mineurs ou sans lien fait avec COVID\* (détailler ci-dessous)

🞎 Nouveau-né ayant présenté des signes mineurs compatibles avec infection COVID, non testé

🞎 Nouveau-né ayant présenté des signes compatibles avec infection COVID, testé négatif

🞎 Nouveau-né ayant développé une infection COVID avec test +

\* Détails : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Commentaires à M1**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………