

# Fiche de suivi des nouveau-nés dans le cadre de l'épidémie covid-19

Si possible coller l'étiquette  
de l'enfant et de la mère

Étiquette  
de l'enfant

Étiquette  
de la mère

**Mère** (numéro IPP si hospitalisée dans votre établissement) :

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Âge gestationnel au moment du test diagnostic de Covid19 chez la mère : ..... SA+ ..... J ou

Diagnostic en postpartum  Pas de diagnostic (décrire dans les commentaires)

Hospitalisation de la mère pour Covid19  oui  non

Si oui, lieu (service, hôpital, ville) : .....

**Enfant** (numéro IPP) :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Heure de naissance : .....

Lieu de naissance (maternité, ville) : .....

Age gestationnel à la naissance : ..... Poids de naissance : .....

Grossesse multiple  oui  non Corticothérapie anténatale  oui  non

Mode d'accouchement :  Voie basse  Césarienne en urgence  Césarienne programmée

Statut vital :  IMG  Mort fœtale in utero  Mort fœtale per partum  Né vivant

Hospitalisation  non  oui lieu (service, hôpital, ville) : .....

Si oui, motif : .....

Niveaux de soins :  Réa  SI  Néonatal  UK (cocher tous les niveaux où est passé le nouveau-né)

Si non hospitalisé : séparation mère/enfant en maternité  oui  non

Si oui, motif et durée : .....

Particularités du séjour à la maternité : .....

Mode d'alimentation  sein  tire-lait  allaitement artificiel, si allaitement artificiel, choix de la mère  oui  non

PCR SARS-CoV2 :  non faite  faite Si faite, date : ..... Résultat :  négative  positive

**Mode de sortie :**  Domicile  Transfert dans un autre établissement  Décès

Date et heure : .....

Si transfert, motif : .....

Si transfert, lieu (service, hôpital, ville) : .....

Si décès, cause principale : .....

Si sortie, modalités du suivi à domicile organisé par la maternité : .....

PRADO  HAD obstétricale  HAD néonatale  SF libérale  autre situation (préciser) : .....

Date de fin de suivi à domicile : .....

**Commentaires :** .....

.....

.....

.....

## Consultation téléphonique ou téléconsultation à J7 (enfant sorti à domicile)

Date : ..... Âge de l'enfant : .....

Contact COVID+ prouvé ou suspecté  oui  non Qui :  mère  père  fratrie  autre

### Évènements depuis la dernière consultation

consultation médicale  oui  non motif : .....

passage aux urgences  oui  non motif : .....

hospitalisation  oui  non motif : .....

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

Poids ..... Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation : .....

Mode d'alimentation :

Sein  oui  non

Transfert de lait maternel efficace  oui  non

Tire-lait  oui  non

Allaitement artificiel  oui  non

Allaitement mixte  oui  non

Nombre de tétées/jour : .....

Quantité/tétée : .....

Difficulté(s) : .....

Selle(s) decolorée(s)  oui  non

Fièvre depuis la dernière évaluation  oui  non

Ictère  oui  non

Difficultés alimentaires  oui  non

Régurgitation ou vomissements  oui  non

Diarrhée  oui  non

Signe de lutte ou polypnée  oui  non

Toux  oui  non

Cyanose ou pâleur  oui  non

Autres : .....

Éveil/Interractions/Tonicité/Motricité : .....

Capacité à s'apaiser/qualité du sommeil : .....

État de santé de la mère, relation mère-enfant : .....

.....

Exposition toxique (tabac...) : ..... Recommandations couchage  oui  non

Examen J6-J10 fait  oui  non par :  pédiatre libéral  médecin généraliste  médecin de PMI

## Consultation téléphonique ou téléconsultation à J14 (enfant sorti à domicile)

Date : ..... Âge de l'enfant : .....

Contact COVID+ prouvé ou suspecté  oui  non Qui :  mère  père  fratrie  autre

### Évènements depuis la dernière consultation

consultation médicale  oui  non motif : .....

passage aux urgences  oui  non motif : .....

hospitalisation  oui  non motif : .....

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

Poids ..... Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation : .....

Mode d'alimentation :

Sein  oui  non

Transfert de lait maternel efficace  oui  non

Tire-lait  oui  non

Allaitement artificiel  oui  non

Allaitement mixte  oui  non

Nombre de tétées/jour : .....

Quantité/tétée : .....

Difficulté(s) : .....

Selle(s) décollorée(s)  oui  non

Fièvre depuis la dernière évaluation  oui  non

Ictère  oui  non

Difficultés alimentaires  oui  non

Régurgitation ou vomissements  oui  non

Diarrhée  oui  non

Signe de lutte ou polypnée  oui  non

Toux  oui  non

Cyanose ou pâleur  oui  non

Autres : .....

Éveil/Interractions/Tonicité/Motricité : .....

Capacité à s'apaiser/qualité du sommeil : .....

État de santé de la mère, relation mère-enfant : .....

Exposition toxique (tabac...) : ..... Recommandations couchage  oui  non

Examen J6-J10 fait  oui  non par :  pédiatre libéral  médecin généraliste  médecin de PMI

## Consultation téléphonique ou téléconsultation à J21 (enfant sorti à domicile)

Date : .....

Âge de l'enfant : .....

Contact COVID+ prouvé ou suspecté  oui  non

Qui :  mère  père  fratrie  autre

### Évènements depuis la dernière consultation

consultation médicale  oui  non motif : .....

passage aux urgences  oui  non motif : .....

hospitalisation  oui  non motif : .....

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

Poids ..... Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation : .....

Mode d'alimentation :

|                                     |                              |                              |                                      |                              |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sein                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fièvre depuis la dernière évaluation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Transfert de lait maternel efficace | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Ictère                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Tire-lait                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Difficultés alimentaires             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allaitement artificiel              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Régurgitation ou vomissements        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allaitement mixte                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Diarrhée                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Nombre de tétées/jour : .....       |                              |                              | Signe de lutte ou polypnée           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Quantité/tétée : .....              |                              |                              | Toux                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Difficulté(s) : .....               |                              |                              | Cyanose ou pâleur                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Selle(s) décollée(s)                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres : .....                       |                              |                              |

Éveil/Interractions/Tonicité/Motricité : .....

Capacité à s'apaiser/qualité du sommeil : .....

État de santé de la mère, relation mère-enfant : .....

Exposition toxique (tabac...) : ..... Recommandations couchage  oui  non

### Consultation téléphonique ou téléconsultation à J28 (enfant sorti à domicile)

Date : ..... Âge de l'enfant : .....

Contact COVID+ prouvé ou suspecté  oui  non      Qui :  mère  père  fratrie  autre

#### Évènements depuis la dernière consultation

consultation médicale  oui  non      motif : .....

passage aux urgences  oui  non      motif : .....

hospitalisation  oui  non      motif : .....

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

Poids ..... Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation : .....

Mode d'alimentation :

|                                     |                              |                              |                                      |                              |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sein                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fièvre depuis la dernière évaluation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Transfert de lait maternel efficace | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Ictère                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Tire-lait                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Difficultés alimentaires             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allaitement artificiel              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Régurgitation ou vomissements        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allaitement mixte                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Diarrhée                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Nombre de tétées/jour : .....       |                              |                              | Signe de lutte ou polypnée           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Quantité/tétée : .....              |                              |                              | Toux                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Difficulté(s) : .....               |                              |                              | Cyanose ou pâleur                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Selle(s) décollée(s)                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres : .....                       |                              |                              |

Éveil/Interractions/Tonicité/Motricité : .....

Capacité à s'apaiser/qualité du sommeil : .....

État de santé de la mère, relation mère-enfant : .....

Exposition toxique (tabac...) : ..... Recommandations couchage  oui  non

Examen J6-J10 fait  oui  non      par :  pédiatre libéral  médecin généraliste  médecin de PMI