



DOSSIER D'INCLUSION

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Indication(s) de suivi (cf fiche) :

ATCD FAMILIAUX

ATCD Maternels		ATCD 2 ^e parent
Poids :	Taille :	ATCD médicaux :
ATCD médicaux :		
ATCD chirurgicaux :		ATCD chirurgicaux :
ATCD psychiatriques :		ATCD psychiatriques :
Découverte ou aggravation de troubles psychiatriques maternels pendant la grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Addictions :
Addictions AVANT grossesse :		

Consanguinité parentale ☐ oui ☐ non

GROSSESSE ACTUELLE

<p>Gestité (y compris celle-ci) : Parité (y compris celle-ci) :</p> <p>Mode de procréation : <input type="checkbox"/> Grossesse spontanée <input type="checkbox"/> Recours PMA <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Type de grossesse : <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Si grossesse multiple : Monochoriale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Syndrome transfuseur- transfusé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Nombre de nouveau-nés : N° de rang de l'enfant : Devenir du jumeau 2 : <input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé in utéro <input type="checkbox"/> Décédé en post-natal <input type="checkbox"/> Inconnu Devenir du jumeau 3 : <input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé in utéro <input type="checkbox"/> Décédé en post-natal <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<p>*Pathologies spécifiques de la grossesse :</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie vasculaire (HTA; Toxémie pré-éclampsie...) <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> HRP <input type="checkbox"/> Diabète sous insuline <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel sous régime <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> RPDE>24h <input type="checkbox"/> Chorioamniotite confirmée <input type="checkbox"/> Placenta prævia hémorragique <input type="checkbox"/> Autre (avis CPDPN...) :</p> <p>Autres pathologies maternelles ayant eu une conséquence sur la grossesse :</p> <p>Amniocentèse ou choriocentèse ou DPNI : <input type="checkbox"/> Non réalisée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anomalie <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Précisions :</p>	<p>*Anomalies échographiques morphologiques :</p> <p>*Infection congénitale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Covid 19 <input type="checkbox"/> Autre : Traitement anténatal éventuel : Terme de grossesse lors du diagnostic :</p> <p>Traitement pendant la grossesse à visée fœtale : <input type="checkbox"/> Anémie fœtale : <input type="checkbox"/> Trouble du rythme fœtal : <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie fœtale : <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Traitement pendant la grossesse à visée maternelle : <input type="checkbox"/> Traitement de l'addiction à l'alcool (préciser) : <input type="checkbox"/> Traitement substitutif : <input type="checkbox"/> Subutex <input type="checkbox"/> Methadone <input type="checkbox"/> Autre : o Posologie maximale pendant la grossesse : o Trimestre d'exposition : <input type="checkbox"/> 1^{er} <input type="checkbox"/> 2^e <input type="checkbox"/> 3^e <input type="checkbox"/> Traitement anti-épileptique : <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Traitement antalgique au long cours : <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Psychotropes (préciser) : o Trimestre d'exposition : <input type="checkbox"/> 1^{er} <input type="checkbox"/> 2^e <input type="checkbox"/> 3^e <input type="checkbox"/> Autre traitement spécifique (immunosuppresseur...) :</p>	<p>* Addictions pendant la grossesse : <input type="checkbox"/> Tabac : <input type="checkbox"/> < 10 cig/j <input type="checkbox"/> 10 cig ou plus <input type="checkbox"/> quantité inconnue <input type="checkbox"/> Cigarette électronique</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool : <input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2e trimestre <input type="checkbox"/> 3e trimestre</p> <p> o Consommation occasionnelle o Consommation ≥ 1 à 2 verres/j au moins 1 mois o Consommation ≥ 3 verres/j au moins 1 mois o Alcoolisations aiguës ≥ 2 à 5 verres au moins 4 fois o Alcoolisations aiguës ≥ 6 verres par occasion au moins 4 fois</p> <p><input type="checkbox"/> Autres toxiques : <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Autre :</p>

* *Items obligatoires*

NAISSANCE

Age gestationnel * :	Poids * :	Taille * :	PC * :
*Lieu de naissance : <input type="checkbox"/> Établissement de la région <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Établissement hors région Nom de l'établissement :			
*Corticothérapie anténatale pour risque de prématurité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Cure complète (2 doses) <input type="checkbox"/> Cure incomplète Nombre de cures : Délai entre dernière injection et naissance : <input type="checkbox"/> < à 24h <input type="checkbox"/> > à 24h → nombre de jours :		Traitement anténatal au Sulfate de Mg réalisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	

ACCOUCHEMENT

*Mode d'accouchement : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Voie eutocique <input type="checkbox"/> Extraction instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne programmée <input type="checkbox"/> Césarienne en urgence *Complications éventuelles : <input type="checkbox"/> ARCF <input type="checkbox"/> MAP avec échappement à la tocolyse <input type="checkbox"/> HRP <input type="checkbox"/> Rupture utérine <input type="checkbox"/> Hémorragie de Benkiser <input type="checkbox"/> Procidence du cordon <input type="checkbox"/> Autre : Clampage tardif du cordon : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
--

ADAPTATION NEONATALE

Réanimation initiale à la naissance : <input type="checkbox"/> Pas de geste <input type="checkbox"/> Simple aspiration <input type="checkbox"/> Ventilation masque <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> MCE <input type="checkbox"/> MCE + Adrénaline <input type="checkbox"/> Ne sais pas Apgar : à 1 min : /10 à 5 min : /10 à 10 min : /10 pH à la naissance : lactates à la naissance : base excès : *Transfert post natal dans un autre établissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Nom de l'établissement :
--

SEJOUR NEONATAL

LIEUX D'HOSPITALISATION *

Service de néonatalogie du plus haut type pendant toute la durée d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 2B <input type="checkbox"/> 3 Nom du service d'hospitalisation : Autres lieux d'hospitalisation éventuels :

PATHOLOGIES EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS MATERNELLES

Syndrome de sevrage néonatal ayant nécessité un traitement médicamenteux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux éventuel : Malformations associées à l'alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Squelette <input type="checkbox"/> Autre :

* INFECTIONS AU COURS DE LA PERIODE NEONATALE

Infection néonatale bactérienne précoce prouvée (≤ H72) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : Agents pathogènes : <input type="checkbox"/> Strepto B <input type="checkbox"/> E. Coli <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Etat de choc ayant nécessité des amines et/ou remplissage <input type="checkbox"/> Complications neurologiques	Infection virale post-natale prouvée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : Agent pathogène : <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> Entérovirus <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Complications neurologiques <input type="checkbox"/> Atteintes : <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Traitement éventuel : Nom : Posologie : Durée :
Infection congénitale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : Examens réalisés en post-natal : <input type="checkbox"/> ETF <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Traitement éventuel : Nom : Posologie : Durée :	Infection nosocomiale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Nombre d'infections : <input type="checkbox"/> Infection fongique Autres infections :

* Items obligatoires

SEJOUR NEONATAL (suite)

*PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

<p>Pathologie respiratoire initiale :</p> <p><input type="checkbox"/> Détresse respiratoire transitoire</p> <p><input type="checkbox"/> MMH</p> <p><input type="checkbox"/> Inhalation méconiale</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumothorax</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumomédiastin</p> <p><input type="checkbox"/> Malformation pulmonaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Surfactant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Dose totale de surfactant : mg/kg</p> <p>Heure de vie lors de la 1ere dose :</p> <p>Méthode d'instillation : <input type="checkbox"/> LISA <input type="checkbox"/> INSURE <input type="checkbox"/> Ventilation prolongée</p> <p>Nombre de doses :</p>	<p>Nécessité d'un soutien respiratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui : Durée de CPAP ou LNHD : jours</p> <p>Nécessité d'une ventilation invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui : Durée de ventilation conventionnelle : jours</p> <p>Nécessité d'une ventilation HFO : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui : Durée de ventilation en HFO : jours</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Hémorragie Pulmonaire</p> <p><input type="checkbox"/> HTAP (hypoxémie réfractaire) :</p> <p>si oui → NO : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<p>Dysplasie bronchopulmonaire (O2 pendant au moins 28 jours entre la naissance et 36SA)</p> <p><input type="checkbox"/> DBP de type 1 (pas d'O2 à 36SA)</p> <p><input type="checkbox"/> DBP de type 2 avec une oxygénodépendance < 30% (soit <0.2 L/kg/min) ou LNHD (avec oxygénodépendance <30%) à 36 SA</p> <p><input type="checkbox"/> DBP de type 3 avec une oxygénodépendance > 30% (soit >0.2 L/kg/min) ou CPAP ou ventilation invasive à 36 SA</p> <p>Corticothérapie générale post-natale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	

*PATHOLOGIES CARDIAQUES ET TROUBLES HEMODYNAMIQUES

Etat de choc ayant nécessité des amines et/ou remplissages <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : <input type="checkbox"/> Corticothérapie générale post natale pour hémodynamique	Canal artériel persistant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, traitement éventuel : <input type="checkbox"/> Ibuprofène <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Cathétérisme
Chirurgie avec CEC (Circulation extra-corporelle) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autres troubles :

*PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

<p>Convulsions : Type : <input type="checkbox"/> Généralisées <input type="checkbox"/> héli-corporelle droite <input type="checkbox"/> héli-corporelle gauche <input type="checkbox"/> Autre : Cause retrouvée : <input type="checkbox"/> Méningo-encéphalite <input type="checkbox"/> hypoglycémie sévère <input type="checkbox"/> hypocalcémie sévère <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Autre : Traitement au long cours éventuel : EEG : <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Tracé normal <input type="checkbox"/> Altération transitoire <input type="checkbox"/> Altération persistante <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p><input type="checkbox"/> Malformation cérébrale (à préciser dans imagerie) <input type="checkbox"/> Complications cérébrales de la prématurité (à préciser dans imagerie) <input type="checkbox"/> Traumatisme cérébral (à préciser dans imagerie) <input type="checkbox"/> AVC Siège : <input type="checkbox"/> Autres pathologies neuromusculaires :</p>
<p>Encéphalopathie anoxo-ischémique : Score de Sarnat : normal/encéphalopathie mineure/modérée/sévère à H0 : à H6 : Score d'Amiel Tison à J8 : Score de Thompson (0 ;+1 ;+2 ;+3) à J0 : J3 : J5 : J8 : Mise en hypothermie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu A quelle heure de vie : Conformité de l'hypothermie : <input type="checkbox"/> Oui (pendant 72h) <input type="checkbox"/> Non (<72h) Si non conforme : <input type="checkbox"/> CIVD <input type="checkbox"/> HTAP <input type="checkbox"/> troubles coag non contrôlés <input type="checkbox"/> acidose non contrôlée <input type="checkbox"/> évolution rassurante <input type="checkbox"/> autre : aEEG : <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Tracé normal <input type="checkbox"/> Altération transitoire <input type="checkbox"/> Altération persistante <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>Imagerie : <input type="checkbox"/> ETF <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> HIV1 <input type="checkbox"/> HIV2 <input type="checkbox"/> HIV3 <input type="checkbox"/> HIV4 <input type="checkbox"/> Infarctus parenchymateux <input type="checkbox"/> LMPV cavitaire <input type="checkbox"/> LMPV non cavitaire <input type="checkbox"/> Atteinte des NGC <input type="checkbox"/> Atteinte substance blanche <input type="checkbox"/> Atteinte corticale <input type="checkbox"/> Atteinte cervelet <input type="checkbox"/> Hyper intensité T1 BPCI <input type="checkbox"/> Malformation <input type="checkbox"/> Lésion traumatique cérébrale <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie → Si oui : dérivation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu → dérivation <input type="checkbox"/> ventriculo-péritonéale <input type="checkbox"/> sous galéale <input type="checkbox"/> ventriculaire externe <input type="checkbox"/> Autre : Siège des anomalies : <input type="checkbox"/> à gauche <input type="checkbox"/> à droite</p>

*PATHOLOGIES OPHTALMOLOGIQUES

Rétinopathie du prématuré : Œil gauche : Stade de la ROP : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Inconnu Zone de la ROP : <input type="checkbox"/> Zone I <input type="checkbox"/> Zone II <input type="checkbox"/> Zone III <input type="checkbox"/> Inconnu Œil droit : Stade de la ROP : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Inconnu	Atteinte congénitale : <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Chorioretinite <input type="checkbox"/> Autre :
---	---

* *Items obligatoires*

Zone de la ROP : <input type="checkbox"/> Zone I <input type="checkbox"/> Zone II <input type="checkbox"/> Zone III <input type="checkbox"/> Inconnu Traitement éventuel : <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> injection anti-VEGF	Autres lésions :
---	------------------

SEJOUR NEONATAL (suite)

AUTRES PATHOLOGIES

Pathologies digestives <input type="checkbox"/> Perforation digestive <input type="checkbox"/> ECUN : Stade de Bell : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Inconnu Opérée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Syndrome du grêle court : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> RGO traité	Pathologies métaboliques <input type="checkbox"/> Tubulopathie du prématuré <input type="checkbox"/> Hyperglycémies traitées par insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémies sévères et prolongées <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Ictère sévère Exsanguino-transfusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre :
Autres malformations associées : Autres pathologies :	Syndrome génétique suspecté ou prouvé :

SORTIE

*Date de sortie :	Age de sortie : mois sem
Retour à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mensurations de sortie : Poids : Taille : PC : *Allaitement maternel à la sortie ou à la validation du cahier <input type="checkbox"/> Exclusif <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Pas d'allaitement <input type="checkbox"/> Inconnu Traitements de sortie : Prises en soins à la sortie : <input type="checkbox"/> Anticorps monoclonal anti VRS <input type="checkbox"/> Vaccination débutée <input type="checkbox"/> Orientation CAMPS <input type="checkbox"/> Orientation autre institution <input type="checkbox"/> Forfait soins précoces déclenché (à préciser dans le cahier de suivi Terme)	* Dépistage auditif néonatal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Dépistage PEA (Potentiels Auditifs Evoqués) <input type="checkbox"/> Dépistage OEA (Oto Emissions Acoustiques) <input type="checkbox"/> Contrôle audition demandé <input type="checkbox"/> Contrôle audition réalisé <input type="checkbox"/> Consultation ORL demandée <input type="checkbox"/> Consultation ORL réalisée

* Items obligatoires