



Fiche Interrogatoire Hôpital

Nom du médecin référent, assurant le suivi :

Médecin traitant :

Autres médecins impliqués dans le suivi :

La charte a-t-elle été signée par les parents Oui Non

Si refus du suivi par les parents, remplir le groupe d'inclusion et transmettre la fiche au Réseau Périnatalité.

SAISIR LA FICHE SUR LE SITE :

www.perinatbn.org

Date d'entrée dans le service : / /

DONNEES MATERNELLES

Identification : _|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|

(3 premières lettres du nom et du prénom de l'enfant)

Pathologie avant la grossesse

Hypertension artérielle : Oui Non

Diabète : Oui Non

Autre : Oui Non Précisez :

Malformation utérine : Oui Non Précisez :

Antécédents obstétricaux

Nombre de grossesses (y-compris celle-ci) :

Nombre d'enfants (vivants et morts fœtales in utero, sans compter l'enfant actuel) :

Nombre de morts fœtales in utero \geq 22 SA :

Nombre de prématurés (<37 SA) :

Nombre d'interruptions médicales de grossesse < 22 SA :

Nombre d'interruptions médicales de grossesse \geq 22 SA :

Nombre de malformations congénitales :

Au moment de l'accouchement :

Age de la mère :

Niveau d'étude de la mère :

1= sans diplôme ou brevet des collèges, 2= CAP/BEP, 3= BAC général, techno, professionnel, 4= BAC+2 5= diplôme 2^{ème} ou 3^{ème} cycle

Activité professionnelle de la mère :

1= agriculteur, 2= artisan, commerçant ou chef d'entreprise, 3= cadre ou prof intellectuelle sup, 4= prof intermédiaire, 5= employé, 6= ouvrier 7= retraité, 8= chômeur 9= élève, étudiant, en formation, 10= inactif autre

Age du père :

Niveau d'étude du père :

Activité professionnelle du père :

Tabac avant la grossesse :

0= non fumeur, 1= <10 cigarettes par jour, 2= ≥ 10 cig/jour

Tabac pendant la grossesse :

0= non fumeur, 1= <10 cigarettes par jour, 2= ≥ 10 cig/jour, 3= arrêt début de GR

Addictions :

Alcool pendant la grossesse :

1= pas d'alcool, 2= régulier <40cl, 3= régulier ≥ 40cl équivalent vin

Toxicomanie IV : Oui Non

Toxicomanie autre : Oui Non

Précisez :

GROSSESSE

Age gestationnel :

Terme déterminé par :

1= Date des dernières règles, 2= échographie, 3= Inconnu

Mode de début de la grossesse

Mode :

1= Grossesse spontanée, 2= Induction à l'ovulation

3= Assistance médicale à la procréation

Grossesse multiple : Oui Non

Si oui : Nombre d'enfants :

Rang de naissance :

Gémellité chorale :

1= Mono, 2= bi, 3= multiple, 4= inconnu

Gémellité amniotique :

1= Mono, 2= bi, 3= multiple, 4= inconnu

Pathologie de la grossesse

Métrorragies du 1^{er} trimestre : Oui Non

Métrorragies du 2^{ème} trimestre : Oui Non

Métrorragies du 3^{ème} trimestre : Oui Non

Hypertension artérielle : Oui Non

Amniocentèse : Oui Non

Hydramnios : Oui Non

Oligo/anamnios : Oui Non

Découverte d'un RCIU chez l'enfant : Oui Non

En cas d'accouchement prématuré (<= 32 SA) :

Une cause a-t-elle été retrouvée ? : Oui Non

Si oui :

Chorioamniotite : Oui Non

Pathologie vasculaire : Oui Non

Pré-éclampsie : Oui Non

Helpp syndrome : Oui Non

Anomalie monitoring fœtal : Oui Non

Béance du col : Oui Non

Malformation utérine : Oui Non

Rupture prématurée de la poche des eaux : Oui Non

Placenta praevia hémorragique : Oui Non

Hématome rétro-placentaire : Oui Non

(ou autre hémorragie)

Syndrome transfuseur-transfusé : Oui Non

Anémie par immunisation : Oui Non

Autre cause : Oui Non Précisez :

ACCOUCHEMENT ET NAISSANCE

Corticothérapie maturative (12h de délai) : Oui Non

Travail : *1= Spontané, 2= déclenché, 3= sans travail*

Voie d'accouchement : *1= Basse, 2= césarienne*

Indication si césarienne : *1= délibérée pour pathologie fœtale*
2= délibérée pour pathologie fœtale et maternelle
3= délibérée pour pathologie maternelle
4= pour dystocie ou altération du rythme cardiaque fœtal pendant travail

Présentation : *1= céphalique, 2= siège, 3= autre*

Manceuvres

Extraction du siège : Oui Non

Spatules, forceps : Oui Non

Ventouse : Oui Non

Lieu de naissance

Maternité : *Nom de la maternité*

Autre lieu : *1= domicile, 2= sur le trajet*

Poids à la naissance : en grammes

Taille à la naissance : en cm

Périmètre crânien à la naissance : en cm

Prise en charge sur le lieu de naissance :

Par un pédiatre : Oui Non

Ventilation au masque : Oui Non

Intubation : Oui Non

Adrénaline : Oui Non

Massage cardiaque externe : Oui Non

Autre : Oui Non Précisez :

Apgar à 5 minutes :

DONNEES NEONATALES

Pathologie respiratoire, intubation, trt par surfactant, NO : Oui Non

Diagnostic

Pathologie alvéolaire : Oui Non

Dysplasie broncho-pulmonaire : Oui Non

Pneumothorax drainé : Oui Non

Hémorragie pulmonaire : Oui Non

Hypoxie réfractaire : Oui Non

Traitement

Surfactant : Oui Non

NO : Oui Non

Durée d'intubation trachéale (en jours) :

Oxygénothérapie poursuivie à la sortie du service : Oui Non

Age lors du sevrage définitif tous supports ventilatoires (en jours) :

(O₂, VNI, ventilation mécanique – Non adapté si sort avec O₂ à domicile)

Commentaire :

Pathologie infectieuse : Oui Non

Infection materno-fœtale prouvée : Oui Non

Commentaire :

Pathologie cardio-vasculaire : Oui Non

Pathologie digestive : Oui Non

Entérocolite prouvée (pneumatose, perforation, chirurgie sténose) : Oui Non

Autre : Oui Non Précisez :

Pathologie neurologique : Oui Non

Convulsions cliniques : Oui Non

Résultats de l'ETF

Normale : Oui Non

Hémorragie sous-épendymaire : Oui Non

Hémorragie intra-ventriculaire : Oui Non

Hydrocéphalie : Oui Non

Hémorragie intra-parenchymateuse : Oui Non

Leucomalacie périventriculaire : Oui Non

IRM : Oui Non

Résultats :

EEG précoce

Pointes positives rolandiques : Oui Non

Crises électriques : Oui Non

Autre : Oui Non

Audition et fond d'œil

Audition : Non dépistée Normale Anormale
PEA ou otoémissions : Oui Non
Fond d'œil : Non fait Fait normal Fait anormal

Autre pathologie néonatale

Ictère grave > 340 microM : Oui Non
Exsanguinotransfusion : Oui Non
Pathologie hématologique : Oui Non
Nombre de transfusions :

Pathologie malformative : Oui Non
Précisez :

Pathologie d'origine génétique : Oui Non
Précisez :

Autre pathologie : Oui Non
Précisez :

SORTIE DU SERVICE

Date de sortie : / /

Durée du séjour en néonatalogie : en jours

Retour au domicile :

Oui => HAD Oui Non

Non => Transfert :**1= Hôpital 2= Autres structures 3= Famille d'accueil**
Détail du transfert :

Commentaire sortie :

.....
.....