



**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **DDN :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Inclusion réseau :**  Oui  Non **Si Non, Motif :**  Refus  Oubli  Hors réseau  Décès  Autre :

**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 (6è à 3è) BEP, CAP)  
 BAC (2<sup>nd</sup> 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 (6è à 3è) BEP, CAP)  
 BAC (2<sup>nd</sup> 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

**Inclusion réseau :**  oui  non **Si oui, date signature :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Si Non, Motif :**  Refus  
 Oubli  
 Hors réseau  
 Décès  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Groupe :**  < 33 SA  33-34 SA  EAI  RCIU  Fratrie RCIU  **Cardiopathie congénitale**  Autres, préciser : \_\_\_\_\_

**Hypothermie**  oui  non  
 Stade 1  Stade 2  Stade 3  
**Conforme (avant H6, pendant 75h) :**  Oui  Non

**Commentaire sur l'inclusion :**

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**MENSURATIONS DE NAISSANCE**

Poids : \_\_\_\_\_ gr  Non disponible Hypotrophie :  Non  
 Taille : \_\_\_\_\_ cm  Non disponible  < 10<sup>ème</sup> p.  
 PC : \_\_\_\_\_ cm  Non disponible  < 3<sup>ème</sup> p.

**GROSSESSE**

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

Nombre de fœtus :  Singleton  Jumeaux  Triplés  Quadruplés  
 BCBA  MCBA  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 acc 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  VB Instrumentale  Césarienne avant travail  Césarienne pendant travail  
 Déclenchement médicamenteux :  oui  non  
 Si oui :  Acc. provoqué pour cause maternelle  Acc. provoqué pour cause fœtale

APGAR : 1 min : \_\_\_\_\_ 5 min : \_\_\_\_\_ 10 min : \_\_\_\_\_

Lactates : \_\_\_\_\_ mmol/l  
 Non réalisé/échec

PH cordon artériel : \_\_\_\_\_  
 Non réalisé/échec

PH cordon veineux : \_\_\_\_\_  
 Non réalisé/échec



Date de sortie de réanimation cardiaque : ...../...../.....  
Poids à la sortie de cardiologie (en kg) : .....  
Date de sortie de réanimation polyvalente : ...../...../.....  
Dénutrition :  oui  non

## INFECTIEUX / DIGESTIF / RENAL

### INFECTIEUX

Infection materno-fœtale :  non  oui sans méningite  oui avec méningite

Si oui, précisions :  E.Coli  Strepto B  Enterobacter  
 Candida  CMV  Autre : .....

Infection tardive :  oui  non Précision : .....

### DIGESTIF

ECUN :  oui  non Si oui, précisions :  TT médical  
 TT chirurgical  
 Donnée non connue

Age corrigé d'autonomie alimentaire : ..... en SA (+1 jour = 0.14 SA)

Autres pathologies digestives : .....

### RENAL

Valeur max créatinine : ..... µmol/l  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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ gr    Taille : \_\_\_\_\_ cm    PC : \_\_\_\_\_ cm

Examen respiratoire normal :     oui     non

Codage Neuro :     0 - normal  
                           1 - douteux  
                           2 - pathologique

Codage Vision :     0 - normal  
                           1 - douteux  
                           2 - pathologique

Codage Audition :     0 - normal  
                              1 - douteux  
                              2 - pathologique

**SORTIE**

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Poids de sortie : \_\_\_\_\_ gr

Mode de sortie :     Domicile     Décédé     Autre service de pédiatrie  
                              Autre : \_\_\_\_\_

O<sup>2</sup> à la sortie :     oui     non    Scope à la sortie :     oui     non

HAD :     oui     non    Nutrition entérale sur sonde :     oui     non

CAMSP :     oui     non    Nom du CAMSP : \_\_\_\_\_

Synagis :     Non indiqué     Débuté     A prévoir en saison

Type d'alimentation :     Maternel     Mixte     Artificiel     Non disponible  
                                  Allaitement maternel débuté et arrêté avant la sortie

Soins de dev. durant l'hospitalisation :     Bullinger     Nidcap/FINE     Mixte ou autre     Non disponible

Commentaire sortie : \_\_\_\_\_

**Prochains RDV réseau :**

- médecin à 15j/1 mois après la sortie pour les ≤ 32 SA et les nés à terme
- 4 mois AC pour les 33-34 SA