SYNTHESE D'HOSPITALISATION

Items obligatoires

Naître et Devenir
RÉSEAU VILLE-HÔPITAL

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

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

Parent 1 : ☐ Mère ☐ Père ☐ Famille monoparentale

Niveau d'étude :
☐ Primaire
☐ Secondaire (collège (6è à 3è) BEP, CAP)
☐ BAC (2nd 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

Parent 2 : ☐ Mère ☐ Père

Niveau d'étude :
☐ Primaire
☐ Secondaire (collège (6è à 3è) BEP, CAP)
☐ BAC (2nd 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** ☐ **- 1500 gr** ☐ **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

Taille : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ cm ☐ Non disponible

PC : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ cm ☐ Non disponible

Hypotrophie : ☐ Non ☐ < 10ème p. ☐ < 3ème 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 médicamentaux: ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ Acc. provoqué pour cause maternelle ☐ Acc. provoqué pour cause fœtale

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

PH cordon artériel : _ _ _ _ _ _

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

Lactate cordon artériel : _ _ _ _ _ _ mmol/l

Lactate cordon veineux : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ mmol/l ☐ Non réalisé/échec

PEC en salle de naissance :
☐ Pas de geste de réanimation ☐ Ventilation au masque ☐ CPAP nasale exclusive
☐ Intubation ☐ Adrénaline ☐ MCE
☐ Surfactant

Commentaires sur malformations ou syndromes :
_ _
_ _
_ _

RESPIRATOIRE

Pathologie respiratoire : ☐ oui ☐non Si oui, type de pathologie : ☐ MMH ☐ DRT ☐ HTAP ☐ ILAM ☐ Autres : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Support ventilatoire à J28 : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
Support ventilatoire à 36 SA : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

DBP : ☐oui ☐non Si oui : ☐ Légère (support ventilatoire mais pas d'O2 à 36 SA)
☐ Modérée (FiO2 < 30% à 36 SA)
☐ Sévère (FiO2 > 30% à 36 SA)
☐ Non précisé

NO : ☐oui ☐non Surfactant : ☐ Non fait
☐ 1 dose
☐ 2 doses
☐ Plus de 2 doses
☐ Quantité non disponible

Corticothérapie post-natale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ ne sait pas
Si oui : ☐ 0 - Betamethasone Per Os
☐ 1 - HSHC IV
☐ 2 - Autre : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ 3 - Donnée non connue

AC arrêt traitement support ventilatoire : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ en SA *(+1 jour = 0.14 SA)*

CARDIAQUE

Pathologie cardiaque : ☐ oui ☐ non

Si oui, type de pathologie : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ Trouble hémodynamique sévère ☐ Malformation cardiaque ☐ CAP
☐ Autre pathologie cardiaque : _

Si CAP, type de traitement : ☐ Médicamenteux ☐ Chirurgical ☐Voie endovasculaire ☐ Aucun

Cardiopathie : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

DAN : ☐ oui ☐ non Cathétérisme cardiaque interventionnel : ☐ oui ☐ non
Type de cathétérisme : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Chirurgie cardiaque : ☐ oui ☐ non
Palliatif : ☐ oui ☐ non _
Curatif : ☐ oui ☐ non _
SaO2 preop < 90% ☐ oui ☐ non
Date chirurgie : ……/…../…..
CEC : ☐ oui ☐ non
Echo périphérique : ☐ oui ☐ non

Thorax ouvert : ☐ oui ☐ non
SaO2 postop < 90% en sortie d'hospitalisation : ☐ oui ☐ non
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^2 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

Beyfortus : ☐ 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**