

IDENTIFICATION

Nom marital :
Nom de jeune fille :
Prenom :
Date de naissance ou âge (années)
Adresse :
.....
Code Postal : Commune :
Tel : domicile : travail :
portable :
Personne à prévenir en cas d'urgence :
Personne de confiance :

Nom de l'établissement

N° de dossier (service)

Rang grossesse actuelle :

N° d'accouchement dans le reseau

SUIVI MEDICAL

Médecin généraliste

Gynéco-obstétricien

Médecin autre spécialité

Sage femme

.....
.....

RESUME

Enfant né le à
Nom.....Prénom : Sexe : M/F
Poids : g Taille :cm PC : cm
Apgar à 1 min : 5 min :10 min :
Réanimation :
Etat de l'enfant : vivant / décédé
Pathologies :
Transfert (ou mutation) : non/ immediat/ différé
Si oui, lieu
Allaitement : maternel/mixte/artificiel
Date de sortie :/...../.....
Enfant suivi par : Dr.....

RESUME

Enfant né le à

Nom..... Prénom : Sexe : M/F

Poids : g Taille :cm PC :cm

Apgar à 1 min : 5 min : 10 min :

Réanimation :

Etat de l'enfant : vivant / décédé

Pathologies :

Transfert (ou mutation) : non/ immédiat/ différé

Si oui, lieu

Allaitement : maternel/mixte/artificiel

Date de sortie :/...../.....

Enfant suivi par : Dr.....

NOTE :

Les informations surlignées e jaune font partie du « tronc commun minimal » nécessaire au travail au sein du réseau périnatal

Leur informatisation permettra :

- La constitution des RUMs automatisés(PMSI)et du certificat de santé de l'enfant
- L'établissementdu tableau de bord de la maternité
- La transmission des informations nécessaires pour la prise en charge des mères et des
- L'évaluation du réseau périnatal et des pratiques au sein du réseau

L'informatisation et la communication au sein du réseau nécessitent l'utilisation d'une structure commune des données (codification) et d'un format commun d'import /export établis par l'AUDIPOG

Monitorage

Fréquence cardiaque	
Saturation	
Glycémie	

Réanimation

Faite par en qualité de

Aspiration sous laryngoscope	
Ventilation au masque	
Oxygénation sous Hood ou sonde nasale	
PPC nasale	
Intubation trachéale	
Ventilation sur tube endotrachéal	
Massage cardiaque	
Injections médicamenteuses Adrénaline Autre injection	

Actes <i>Si oui,</i> ☐ caryotype ☐ E.T.F ☐ E.E.G ☐ E.C.G ☐ fond d'oeil ☐ antibiothérapie (> 48h)	☐ non	☐ oui ☐ oxygénothérapie ☐ échographie cardiaque ☐ échographie cérébrale ☐ échographie de hance ☐ échographie hépatique ☐ échographie rénale ☐ exsanguino -transfusion	☐ intubation ☐ incubateur surveillance ≥ 24h ☐ injection gamma-globulines ☐ TOGD ☐ radio thoracique ☐ rééducation-kiné ☐ autre acte
--	-------------------------------------	---	--

Mesures prophylactiques		non	oui
Si oui, hépatite B : injection d'immunoglobulines			
☐ Vaccinations	☐ Vaccination Hépatite B	☐ vaccination BCG	☐ hyperplasie cong. des Surrénales
☐ Dépistage sanguin	☐ hyperphénylalaninémie	☐ hypothyroïdie	
	☐ drépanocytose	☐ mucoviscidose	☐ anormal
☐ Test de l'audition :	☐ non fait	☐ normal	
☐ Supplément vitaminique :			
☐ Autre :			

Sortie de l'enfant de la maternité

Date de sortie : Date du séjour : j Poids en fin de séjour : g

Alimentation (en fin de séjour) : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ artificielle ☐ diététique spéciale

Si pas d'allaitement maternel exclusif, complément : ☐ non ☐ oui

Si oui, nature : ☐ eau moyen : ☐ tasse indication : ☐ perte de poids :
☐ eau sucrée ☐ cuillère ☐ pathologie :
☐ préparation lactée ☐ biberon

Mode de Sortie : ☐ domicile ☐ mutation différé ☐ transfert différé dans le réseau
☐ transfert différé hors réseau ☐ pouponnière ☐ décès ☐ autre

Si transfert ou mutation différé, décidé à j h de vie Nom du médecin responsable :

Motif : ☐ malformation ☐ infection ☐ ictère
☐ pathologie respiratoire ☐ pathologie cardio-vasculaire ☐ pathologie digestive
☐ pathologie hématologique ☐ pathologie métabolique ☐ Neurologique
☐ syndrome de sevrage ☐ autre pathologie :

Lieu du transfert : type d'établissement : II III

Destination : ☐ réanimation ☐ soins intensifs ☐ néonatalogie ☐ chirurgie
☐ unité néonatale en maternité autre

Destination : ☐ mutation intra-muros ☐ mutation extra-muros ☐ SAMU pédiatrique
☐ SAMU non spécialisé ☐ ambulance ☐ voiture particulière

Délai entre appel et arrivée du transporteur : min

Distance entre maternité et lieu de transfert : km

Si transfert décidé non réalisé ou différé, préciser la raison :

☐ manque de place
☐ manque de moyen de transport possible
☐ autre

Nécessité d'une surveillance particulière :

☐ non ☐ surveillance médicale
☐ surveillance PMI ☐ consultation spécialisée
☐ autre

Retour en maternité non oui

(si transfert ou mutation immédiat ou différé)

Date de retour Durée du séjour dans le service de transfert jrs

Décès (synthèse)

☐ avant travail	☐ pendant travail	☐ sans précision chronologique
☐ en salle de naissance	☐ au decours d'IMG	☐ néonatal

Si oui, date : au i^{ème} jour ou i^{ème} heure

Cause du décès :

- ☐ foetale ou néonatale :
- ☐ obstétricale ou maternelle :

Autopsie :

- ☐ non faite
- ☐ résultat non disponible
- ☐ résultat non informatif
- ☐ résultat informatif

RÉSUMÉ DU SÉJOUR DU NOUVEAU-NÉ

Pathologies	☐ non	☐ oui
Si oui,		
☐ Lésion traumatique : ☐ lésion faciale ☐ paralysie du plexus brachial inf		
☐ paralysie faciale ☐ lésion cuir chevelu		
☐ céphalématome ☐ autre lésion		
☐ fracture de la clavicule		

Anomalies congénitales : Anomalie isolée ☐ anomalie tube neural ☐ omphalocèle, gastroschisis ☐ hydrocéphalie : ☐ hanches luxables : ☐ autre :	syndrome polymalformatif ☐ fente labio-palatine ☐ réduction de membre ou absence d'éléments osseux ☐ malform. cardiaque : ☐ malformation rénale : ☐ autre :	
Anomalie chromosomique ☐ trisomie 21 : ☐ autre :	anomalie génétique ☐ autre :	

Description en clair		
.....		
.....		
.....		
Moment du diagnostic : ☐ anténatal ☐ néonatal ☐ à l'autopsie		

☐ Infection ou colonisation : Degré : Origine :	☐ risque infectieux ☐ contamination maternofoetale	☐ colonisation (sans infection) ☐ infection	☐ infection probable ☐ inconnue	☐ infection prouvée ☐ inconnue
Localisation	☐ sang ☐ oeil	☐ LCR ☐ os articulations	☐ poumon ☐ peau	☐ urines ☐ autre
Germe :	☐ strepto B ☐ haemophilus ☐ coli ☐ chlamydiale ☐ candida ☐ CMV ☐ germe non trouvé	☐ autre strepto ☐ listeria ☐ protéus ☐ mycoplasme ☐ toxoplasme ☐ rubéole	☐ staphylocoque doré ☐ pneumocoque ☐ klebsiele ☐ autre parasite ☐ herpès	☐ autre staphylocoque ☐ autre germe G+ ☐ autre germe G- ☐ varicelle ☐ VIH ☐ autre virus

☐ Ictère (clinique) : Origine :	☐ ictère du prématuré ☐ ictère du à allo-immunisation ABO ☐ ictère du à autre allo-immunisation	☐ ictère intense/ prolongé enfant à terme ☐ ictère du à allo-immunisation Rh ☐ autre origine
Photothérapie : ☐ non ☐ oui Si oui, ☐ conventionnelle ☐ intensive		
☐ Trouble de la régulation thermique : ☐ hyperthermie ≥ 38°confirmée ☐ hypothermie grave < 34° ☐ hypothermie légère ≥ 34° et < 36°		

☐ Autres Pathologies		
☐ Pathologie respiratoire ☐ tachypnée transitoire (amélior.< 6h) ☐ autre détresse respiratoire néonatale ☐ accès de cyanose ☐ apnées du prématuré ☐ apnées par autre oathologie causale ☐ inhalation méconiale sans pneumopathie ☐ inhalation méconiale avec pneumopathie ☐ inhalation de lait et d'aliments régurgités	☐ Pathologie digestive ☐ alimentation au sein difficile ☐ alimentation lente ☐ stagnation pondéraleeperte de poids > 10 ☐ régurgitation et mérycisme ☐ vomissements ☐ reflux gastro-oesophagien ☐ oesophagite ☐ hématomèse et mélaena dus à déglutition sang Maternel ☐ syndrome occlusif ☐ trouble de la succion-déglutition	☐ Pathologie métabolique ☐ hypoglycémie né de mère diabétique NID ☐ hypoglycémie né de mère diabétique ID ☐ hypoglycémie néonatale transitoire < 2 mmol/l à terme ☐ hypocalcémie ≤ 1.8 mmol/l (sauf Hypoparathyroïdie)
☐ Pathologie cardiovasculaire ☐ trouble du rythme ☐ hypertonie vagale ☐ souffle à explorer	☐ Pathologie hématologique ☐ anémie néonatale ☐ anémie par transfusion Foeto-maternelle ☐ anémie par transfusion Foeto-feotale ☐ dépistage positif de Drépanocytose ☐ maladie hémorragique Carence en vit.K ☐ thrombopénie	☐ Intoxiquation ☐ synd de sevrage Toxicomanie ☐ synd.de sevrage médicamenteux ☐ né affecté par tabac ☐ né affecté par alcoolisme maternel
☐ Pathologie neurologique ☐ hypotonie ☐ hypertonie ☐ irritabilité cérébrale souf.neurologique ☐ mouvements anormaux non convulsifs ☐ convulsions du nouveau-né		☐ Autres pathologies ☐ rhitine néonatale, coryza ☐ pathologie dermatologique ☐ autre (cf thésaurus néonatal)

Mesures prophylactiques

☐ Vitamines K :	☐ parentérale	☐ orale
☐ Désinfection oculaire		
☐ Perméabilitéesophagienne		
☐ Perméabilité anale		
☐ Emission d'urine		
☐ Emission de méconium		
☐ Autres		

Mesures préventives anténatales ou postnatales

Corticoïdes en anténatal (pour maturation pulmonaire) : ☐ non : ☐ oui :

Si oui, nombres de cures

Dernières cures : ☐ complète ☐ incomplète

Délai entre dernière cure et accouchement : /J /h

Contexte infectieux : ☐ non : ☐ oui :

Si oui

☐ **Facteur de risque :**

☐ RPM > à 12	☐ Liquide amniotique teinté ou méconial
☐ Portage Strepto B	☐ Fièvre maternelle >38° pendant le travail
☐ Infection maternelle en fin de grossesse (2 derniers mois)	
☐ Autre	

☐ **Prélèvements bactériologiques chez l'enfant :**

☐ Gastrique	☐ autre périphérique
☐ Placenta	☐ sang

☐ **Antibiothérapie chez l'enfant à la naissance**

Mensurations

Poids : g Taille : , cm Périmètre cranien : , cm

Sortie de la salle de naissance

Mode de sortie :

☐ Avec sa mère	☐ Mutation immédiate	☐ Transfert immédiat dans le réseau
☐ Transfert immédiat hors réseau	☐ Décès	☐ Autre

Si transfert ou mutation immédiat, décidé à **min de vie**

Motif : ☐prématurité ☐hypotrophie ☐ détresse respiratoire
☐risque infectieux ☐malformation ☐ autre pathologie

Lieu du transfert : Type d'établissement : ☐ II ☐ III

Destination : ☐réanimation ☐soins intensifs ☐néonatalogie ☐chirurgie
☐unité néonatale en maternité ☐autre

Mode : ☐mutation intra-muros ☐mutation extra-muros ☐ SAMU pédiatrique
☐ SAMU non spécialisé ☐ ambulance ☐ voiture particulière

Délai entre appel et arrivée du transporteur : min

Distance entre maternité et lieu de transfert : km

Si transfert décidé non réalisé ou différé, préciser la raison :

☐ manque de place
☐ manque de moyen de transport possible
☐ autre

PREMIER EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ

Fait le : au^{ème} par :

Mensurations

Poids : [][][][] g Taille : [][], [][] cm PC : [][], [][] cm

Inspection

coloration globale
revêtement cutané
état trophique

Examen pulmonaire

fréquence respiratoire/min
auscultation
indice de silverman

Examen cardio-vasculaire

Fréquence cardiaque /min
Temps de recoloration
coloration des extrémités
Auscultations
Pouls féméraux

Tête

Crane
Face et yeux
Cavité buccale
Fontanelles
Sutures
Cou

* Indice de silverman

Notation	Ampliation thoracique	Tirage intercostal	Traction xyphoïdienne	Battements des ailes du nez	Geignement respiratoire
	bonne synchronisation avec l'inspiration abdominale				
	décalage avec la respiration abdominale	à peine visible	ébauchée	discret	discret audible au stéthoscope
	balancement thoraco-abdominal	marqué	marquée	marquée	audible à l'oreille nue

AUTRE EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ

Fait le : au^{ème} par :

Mensurations

Poids : [][][][] g Taille : [][], [][] cm PC : [][], [][] cm

Inspection

Coloration globale
Revetement cutané
Etat trophique

Examen cardio-pulmonaire

Auscultation
Pouls fémoraux
T .A.

Tête

Crane
Face et yeux
Cavité buccale
Sutures
Cou

Abdomen

Foie
Rate reins
Ombilic
Orifices herniaires
Ligne médiane postérieure
Région sacrée
Anus

Organes génitaux externes

Jet mictionnel

Examen orthopédique

Clavicules
Hanches
Mains
Pieds

Examen neurologique

Cri
Réactivité
Tonus axial
Tonus des membres
Réflexes archaïques

Divers

Test de l'audition

Abdomen

Foie
Rate
Reins

Ombilic
Orifices herniaires

Ligne médiane postérieure
Région sacrée
Anus

Organes génitaux externes

Jet mictionnel

Examen orthopédique

Clavicules
Hanches
Mains
Pieds

Examen neurologique

Cri
Réactivité
Tonus axial
Tonus des membres
Réflexes archaïques

Divers

Conclusion

Points à surveiller

