



Epipage 2

Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels

QUESTIONNAIRE NEONATOLOGIE annoté

**Données à recueillir à partir
du dossier néonatal
et de l'équipe de néonatalogie**

Variables surlignées en rouge	Variables identifiantes – Non transmises
Variables surlignées en jaune	Variables indirectement identifiantes – Transmises sous condition
<i>Variables en vert</i>	Variables calculées
<i>Variables en marron</i>	Variables de synthèse
<i>Modalités de réponses (d_variable)</i>	Dictionnaire
Encadrements en violet	Blocs conditionnels

TABLE DES MATIERES

DEVELOPPEMENT PULMONAIRE ET COMPLICATIONS RESPIRATOIRES	PAGE 4
Surfactant	PAGE 4
Ventilation	PAGE 4
Corticothérapie post natale	PAGE 5
Monoxyde d'azote inhalé	PAGE 6
Dysplasie broncho-pulmonaire	PAGE 7
EVALUATION NEUROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE	PAGE 8
Echographie transfontanellaire	PAGE 8
Electroencéphalogramme	PAGE 17
Imagerie par résonnance magnétique	PAGE 18
Traitement neurochirurgical	PAGE 18
TRAITEMENTS ET SOINS AU NOUVEAU-NE.....	PAGE 19
Antalgie	PAGE 18
Hématologie	PAGE 22
Néphrologie	PAGE 23
Ictère.....	PAGE 25
Natrémie	PAGE 25
Infection précoce	PAGE 25
Infections secondaires	PAGE 26
Hémodynamique	PAGE 31
SOINS DE DEVELOPPEMENT	PAGE 35
NUTRITION	PAGE 39
COMPLICATIONS DIVERSES.....	PAGE 45
ANOMALIES CONGENITALES	PAGE 46
RETINOPATHIE.....	PAGE 47
AUDITION	PAGE 47
VACCINATION	PAGE 48
SYNTHESE DU PARCOURS DES ENFANTS.....	PAGE 49
LIMITATION OU ARRET DES TRAITEMENTS ACTIFS.....	PAGE 67
CONDITIONS DE SORTIE DE L'ENFANT A DOMICILE	PAGE 69
ENFANT DECEDE EN REANIMATION NEONATALE / NEONATOLOGIE	PAGE 71

Identifiant de l'enfant _____ | | | | | | enr_code_enfant

Identifiant de la maman _____ | | | | | | enr_code_mere

Date de naissance de l'enfant _____ | | | | / | | | | / | | | | | cor_ddn_enfant

L'enfant participe-t-il à un essai clinique : non = 0, oui = 1 _____ | | | neo_na1

Si oui, préciser en clair le nom de l'essai : neo_na2

A l'admission ou dans les 12 premières heures dans le 1^{er} service d'hospitalisation :

Poids de naissance corrigé _____ | | | | | | g cor_pds_nce

Poids de naissance courbes EPOPE (z-score) neo_PNzscore_epope variable continue

Poids de naissance courbes EPOPE (percentiles) neo_PNperc_epope variable continue

neo_PN10p_epope 0 : poids de naissance <10e percentile selon courbes EPOPé
1 : poids de naissance ≥10e percentile selon courbes EPOPé

neo_PN3p_epope 0 : poids de naissance <3e percentile selon courbes EPOPé
1 : poids de naissance ≥3e percentile selon courbes EPOPé

REF courbe EPOPé : 1 Ego A, Prunet C, Lebreton E et al. Customized and non-customized French intrauterine growth curves. I – Methodology J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016 ;45:155-64

PC _____ | | | | | cm neo_pcnce

Température _____ | | | | , | | | °C neo_nb5

Base déficit max. dans les 12 premières heures _____ | | | | , | | | mmol/l neo_nb6

DEVELOPPEMENT PULMONAIRE ET COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

Surfactant

Surfactant administré, y compris en salle de naissance : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nc1

Si oui :

Type de surfactant : Curosurf® = 1, autre = 2 _____ |__| neo_nc2

d_nc2f

Age à la première dose _____ |__| h |__| min neo_nc3 neo_nc4

Première dose administrée en : salle de naissance = 1, néonatalogie = 2 _____ |__| neo_nc5

d_nc5f

Dose à la première administration _____ |__| mg/kg neo_nc6

Administration de surfactant suivi d'une extubation immédiate (INSURE) : non=0, oui=1 _____ |__| neo_nc7

Nombre total de doses administrées _____ |__| neo_nc8

Age à la deuxième dose _____ |__| h neo_nc9

Age à la troisième dose _____ |__| h neo_nc10

Ventilation

Durée cumulée d'assistance respiratoire :

Par ventilation mécanique (VM) _____ |__| j neo_nc11

Par ventilation non invasive (VNI) _____ |__| j neo_nc12

Par oscillation à haute fréquence (OHF) _____ |__| j neo_nc13

Oscillation à haute fréquence (OHF) < J8 : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nc14

Si oui, indication : en premier = 1, rescue = 2 _____ |__| neo_nc15

d_nc15f

Date de la première extubation _____ |__|/|__|/|__| neo_nc16

Age à la première extubation (en jours) _____ neo_nc16b

Date de l'extubation définitive _____ |__|/|__|/|__| neo_nc19

Age à l'extubation définitive (en jours) _____ neo_nc19b

Age à la première mise sous CPAP _____ |__| j |__| h neo_nc22 neo_nc23

Date d'arrêt définitif de la CPAP _____ |__|/|__|/|__| neo_nc24

Age à l'arrêt définitif de la CPAP (en jours) _____ neo_nc24b

Date du sevrage définitif en oxygénothérapie (FiO2 = 21%) _____ |__| neo_nc27

Age du sevrage définitif en oxygénothérapie (FiO2 = 21%) (en jours) _____ neo_nc27b

Date d'arrêt définitif de l'O2 sous-nasal (lunettes) _____ |__| neo_nc30

Age à l'arrêt définitif de l'O2 sous-nasal (en jours) _____ neo_nc30b

Enfants tronc commun nés vivants et admis en néonatalogie (COR_STATUTNAIS = 4 ou 5)

Durée cumulée de ventilation mécanique **neo_dureeVM** continue (jours)

Age au sevrage définitif de la CPAP (SA) **neo_sevrageCPAP** continue (SA révolues)

Tentative de CPAP dans les 24 premières heures de vie **neo_CPAP_H24** 0 : intubation en SDN ou avant H1, jamais extubé dans les 24 premières heures de vie
1 : mise en CPAP en SDN ou 1ère extubation avant H24, qu'il y ait réintubation par la suite ou non

Evènement(s) respiratoire(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc33**

Si oui :

Maladie des membranes hyalines : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc34**

Hémorragie pulmonaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc35**

Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) prouvée : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc36**

Si oui :

Par échographie cardiaque : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc37**

Par différentielle SpO2 pré et post ductale : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc38**

Pneumothorax : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc39**

Extubation accidentelle nécessitant une ré-intubation : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc40**

Corticothérapie post natale (CPN)

Administration d'hémisuccinate d'hydrocortisone (HSHC) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc41**

Si oui, indication _____ |__| **neo_nc42**
[d_nc42f](#)

1 : Prévention de la dysplasie broncho-pulmonaire

2 : Substitutif

3 : Hémodynamique

Utilisation de CPN : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc43**

Si oui, molécule : Dexaméthasone = 1, Bétaméthasone = 2, les deux = 3 _____ |__| **neo_nc44**
[d_nc44f](#)

Cure n°1 de CPN :

Voie d'administration : générale = 1, inhalée = 2 _____ |__| **neo_nc45**
[d_nc45f](#)

Indication _____ |__| **neo_nc46**
[d_nc46f](#)

1 : Extubation

2 : Arrêt de la CPAP

3 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nc47**

Etat de l'enfant à l'indication : NEO_NC70A

FiO2 _____ |__|__| % **neo_nc48**

Oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 _____ |__| **neo_nc49**
d_nc49f

Date de début de la corticothérapie _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| **neo_nc50**

Age au début de la corticothérapie (en jours) _____ **neo_nc50b**

Date de fin de la corticothérapie _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| **neo_nc53**

Age à la fin de la corticothérapie (en jours) _____ **neo_nc53b**

Dose max utilisée _____ |__|__|, |__|__| mg/kg/j **neo_nc56**

Dose cumulée de la cure n°1 _____ |__|__|__| mg **neo_nc57**

Arrêt prématuré de la cure n°1 : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc58**

Total des cures si plus d'une :

Voie d'administration : générale = 1, inhalée = 2, les deux = 3 _____ |__| **neo_nc59**
d_nc59f

Date de sevrage définitif de la corticothérapie _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| **neo_nc60**

Age au sevrage définitif de la corticothérapie (en jours) _____ **neo_nc60b**

Dose max utilisée _____ |__|__|, |__|__|__| mg/kg/j **neo_nc63**

Dose cumulée totale en systémique _____ |__|__|__| mg/kg **neo_nc64**

Dose cumulée totale en inhalé _____ |__|__|__| mg/kg **neo_nc65**

Monoxyde d'azote inhalé (iNO)

Utilisation de iNO : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc66**

Si oui :

Indication :

Anti-inflammatoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc67**

Hypoxémie réfractaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc68**

Si oui, associée à une HTAP : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc69**

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc70**

Si oui, préciser en clair : **neo_nc70a**

Indication toujours posée à l'échographie cardiaque : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nc71**

Date de début _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| **neo_nc72**

Age au début (en jours) _____ neo_nc72b

Date du sevrage définitif _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_| neo_nc75

Age au sevrage définitif (en jours) _____ neo_nc75b

Dose maximale utilisée _____ |_|_| ppm neo_nc78

Dysplasie broncho-pulmonaire

Nombre de jours d'O2 de la naissance à J28 _____ |_|_| j neo_nc79

Enfant recevant de l'O2 à J28 : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_nc80

Enfant recevant de l'O2 à J28 : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_O2J28

Si oui, type d'oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 _____ |_| neo_nc81

d_nc81f

Assistance respiratoire ou O2 à J28 non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_bdpj28

Nombre de jours d'O2 de la naissance à S36 _____ |_|_|_| j neo_nc82

Enfant recevant de l'O2 à S36 : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_nc83

Enfant recevant de l'O2 à S36 : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_O2S36

Si oui, type d'oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 _____ |_| neo_nc84

d_nc84f

FiO2 à S36 _____ |_|_| % neo_nc85

FiO2 à S36 _____ |_|_| % neo_fio2

Test de Walsh fait à S36* : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_nc86

*Patient déclaré non dysplasique s'il maintient une saturation supérieure à 88 % pendant 30 minutes sous FiO2 à 21%

Si oui :

Valeur de la SpO2 minimum si FiO2 = 21 % _____ |_|_| neo_nc87

Sevrage de l'O2 suite au test : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_nc88

Si non, préciser la cause en clair : neo_nc89

.....

Dysplasie broncho-pulmonaire en 4 stades _____ |_| neo_DBP_grav
(enfants vivants à S36, variable créée par Héloïse Torchin)

d_dbp_grav

0 : Pas de DBP

1 : DBP légère (≥ 28j d'O2 et VSAA à S36)

2 : DBP modérée (≥ 28j d'O2 et Ventilation mécanique ou CPAP ou FiO2>21% à S36)

3 : DBP sévère (≥ 28j d'O2 et Ventilation mécanique ou CPAP ou FiO2≥30% à S36)

Dysplasie broncho-pulmonaire modérée ou sévère _____ |__| neo_DBP_S36
(enfants vivants à S36, variable créée par Héroïse Torchin) _____ d_dbps36

0 : Pas de DBP ou DBP légère à 36 SA
1 : DBP modérée ou sévère à 36SA

O₂ pendant au moins 28 jours avec à S36 soit FiO₂ >= 30% ou ventilation mécanique ou CPAP :
non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_bdpsevere
..... d_yorn

Synagis®

L'enfant a-t-il reçu du Palivizumab (Synagis®) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nc90

Si oui, date _____ |__|/|__|/|__| | neo_nc91

Age au moment du Synagis _____ neo_nc91b

EVALUATION NEUROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE

Echographie transfontanellaire (ETF)

ETF réalisée(s) pendant la 1ère semaine de vie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd1

*Si oui, remplir les items ci-dessous observés sur la (ou les) ETF de la première semaine de vie.
En cas d'une même lésion observée à plusieurs reprises, mentionner la plus péjorative.*

Présence d'hémorragie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd2

Si oui,

Stade le plus élevé _____ |__| neo_nd3
d_nd3f

- 1 : Hémorragie sous-épendymaire (HSE)
- 2 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) sans dilatation ventriculaire
- 3 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) avec dilatation ventriculaire

Mesures de « l'index ventriculaire » selon Levene (cf. figure 1 du « guide de remplissage ») :

Droite _____ |__|, |__| mm neo_nd4

Gauche _____ |__|, |__| mm neo_nd5

Présence d'anomalies parenchymateuses : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd6

Si oui,

Hyperéchogénicités* périventriculaires « précoces » : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd7

**Echogénicités supérieures ou égales à celles du plexus choroïde*

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd8
d_nd8f

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 ____ |__|
neo_nd9

Cavitation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd10

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 _____ |__| neo_nd11
d_nd11f

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd12
d_nd12f

Si unilatérales, porencéphalie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd13

Autre(s) anomalie(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd14

Si oui, préciser en clair : neo_nd15

.....

Les variables de synthèse ci-dessous concernent les enfants inclus et sortis vivants du tronc commun, de 22-34SA admis en USI avec au moins 1 ETF

Présence d'un kyste _____ |__| neo_kyste_1

0 : Non

1 : Kyste plexus choroïde

2 : Kyste sous épendymaire

3 : Kyste paraventriculaire

4 : Kyste frontaux

5 : Autres

d_kyste_1f

Présence d'un vaisseau thalamo striés : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_vaisso_1

Présence d'une dilatation ventriculaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_dilatation_1

Présence d'une anomalie des noyaux gris centraux (ngc) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ngc_1

Présence d'une anomalie du cervelet : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_cervelet_1

Présence d'une hémorragie bilatérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_volpebilat_1

ETF réalisée(s) pendant la 2^{ème} semaine de vie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd16

Si oui, remplir les items ci-dessous observés sur la (ou les) ETF de la deuxième semaine de vie. En cas d'une même lésion observée à plusieurs reprises, mentionner la plus péjorative.

Présence d'hémorragie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd17

Si oui,

Stade le plus élevé _____ |__| neo_nd18
d_nd3f

- 1 : Hémorragie sous-épendymaire (HSE)
- 2 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) sans dilatation ventriculaire
- 3 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) avec dilatation ventriculaire

Mesures de « l'index ventriculaire » selon Levene (cf. figure 1 du « guide de remplissage ») :

Droite _____ |__|, |__| mm neo_nd19

Gauche _____ |__|, |__| mm neo_nd20

Présence d'anomalies parenchymateuses : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd21

Si oui,

Hyperéchogénicités* périventriculaires : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd22
**Echogénicités supérieures ou égales à celles du plexus choroïde*

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd23
d_nd8f

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 ___ |__|
neo_nd24

Cavitation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd25

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 _____ |__| neo_nd26
d_nd11f

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd27
d_nd12f

Si unilatérales, porencéphalie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd28

Autre(s) anomalie(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd29

Si oui, préciser en clair : neo_nd30

.....

Les variables de synthèse ci-dessous concernent les enfants inclus et sortis vivants du tronc commun, de 22-34SA admis en USI avec au moins 1 ETF

Présence d'un kyste _____ **I__I neo_kyste_2**
0 : Non 3 : Kyste paraventriculaire **d_kyste_1f**
1 : Kyste plexus choroïde 4 : Kyste frontaux
2 : Kyste sous épendymaire 5 : Autres

Présence d'un vaisseau thalamo striés : non = 0, oui = 1 _____ **I__I neo_vaisso_2**

Présence d'une dilatation ventriculaire : non = 0, oui = 1 _____ **I__I neo_dilatation_2**

Présence d'une anomalie des noyaux gris centraux (ngc) : non = 0, oui = 1 _____ **I__I neo_ngc_2**

Présence d'une anomalie du cervelet : non = 0, oui = 1 _____ **I__I neo_cervelet_2**

Présence d'une hémorragie bilatérale : non = 0, oui = 1 _____ **I__I neo_volpebilat_2**

ETF réalisée(s) pendant la 3^{ème} semaine de vie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd31

Si oui, remplir les items ci-dessous observés sur la (ou les) ETF de la troisième semaine de vie. En cas d'une même lésion observée à plusieurs reprises, mentionner la plus péjorative.

Présence d'hémorragie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd32

Si oui,

Stade le plus élevé _____ |__| neo_nd33
d_nd3f

- 1 : Hémorragie sous-épendymaire (HSE)
- 2 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) sans dilatation ventriculaire
- 3 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) avec dilatation ventriculaire

Mesures de « l'index ventriculaire » selon Levene :

Droite _____ |__|, |__| mm neo_nd34

Gauche _____ |__|, |__| mm neo_nd35

Présence d'anomalies parenchymateuses : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd36

Si oui,

Hyperéchogénicités* péri ventriculaires : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd37
**Echogénicités supérieures ou égales à celles du plexus choroïde*

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd38
d_nd8f

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 ___ |__|
neo_nd39

Cavitation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd40

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 _____ |__| neo_nd41
d_nd11f

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ |__| neo_nd42
d_nd12f

Si unilatérales, porencéphalie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd43

Autre(s) anomalie(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nd44

Si oui, préciser en clair : neo_nd45

.....

Les variables de synthèse ci-dessous concernent les enfants inclus et sortis vivants du tronc commun, de 22-34SA admis en USI avec au moins 1 ETF

Présence d'un kyste _____ |__| neo_kyste_3
0 : Non 3 : Kyste paraventriculaire d_kyste_1f
1 : Kyste plexus choroïde 4 : Kyste frontaux
2 : Kyste sous épendymaire 5 : Autres

Présence d'un vaisseau thalamo striés : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_vaisso_3

Présence d'une dilatation ventriculaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_dilatation_3

Présence d'une anomalie des noyaux gris centraux (ngc) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ngc_3

Présence d'une anomalie du cervelet : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_cervelet_3

Présence d'une hémorragie bilatérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_volpebilat_3

Dernière ETF réalisée avant la sortie à domicile :

Date de la dernière ETF _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nd46**

Age à la dernière ETF (en jours) _____ **neo_nd46b**

Qui a pratiqué cet examen : senior = 1, non senior = 2 _____ | | **neo_nd49**
d_nd49f

Elargissement des espaces sous-arachnoïdiens* : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd50**

** La largeur de l'espace sous-arachnoïdien est considérée comme normale si toutes les mesures sont inférieures à 4 mm.*

Si oui, mesure des espaces sous-arachnoïdiens :

Mesure sur une coupe passant par le 3^{ème} ventricule (cf. figure 2 du « guide de remplissage ») :

Droite _____ | | | , | | | mm **neo_nd51**

Gauche _____ | | | , | | | mm **neo_nd52**

Mesure sur une coupe ventriculaire postérieure (cf. figure 3 du « guide de remplissage ») :

Droite _____ | | | , | | | mm **neo_nd53**

Gauche _____ | | | , | | | mm **neo_nd54**

Elargissement de la scissure inter hémisphérique* : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd55**

**La largeur de la scissure inter hémisphérique est considérée comme normale lorsqu'elle est inférieure à 3 mm.*

Si oui, mesure (cf. figure 2 du « guide de remplissage ») _____ | | | , | | | mm **neo_nd56**

Présence d'hémorragie : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd57**

Si oui,

Stade _____ | | **neo_nd58**
d_nd3f

1 : Hémorragie sous-épendymaire (HSE)

2 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) sans dilatation ventriculaire

3 : Hémorragie intraventriculaire (HIV) avec dilatation ventriculaire

Mesure de « l'index ventriculaire » selon Levene :

Droite _____ | | | , | | | mm **neo_nd59**

Gauche _____ | | | , | | | mm **neo_nd60**

Présence d'anomalies parenchymateuses : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd61**

Si oui,

Hyperéchogénicités* périventriculaires : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd62**

**Echogénicités supérieures ou égales à celles du plexus choroïde*

Si oui,

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ | | **neo_nd63**
d_nd8f

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd64**

Cavitation(s) : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nd65**

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 _____ | | neo_nd66
d_nd11f

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 _____ | | neo_nd67
d_nd12f

Si unilatérales, porencéphalie : non = 0, oui = 1 _____ | | neo_nd68

Autre(s) anomalie(s) : non = 0, oui = 1 _____ | | neo_nd69

Si oui, préciser en clair : neo_nd70

.....

Les variables de synthèse ci-dessous concernent les enfants inclus et sortis vivants du tronc commun, de 22-34SA admis en USI avec au moins 1 ETF

Présence d'un kyste _____ |__| neo_kyste_S
0 : Non
1 : Kyste plexus choroïde
2 : Kyste sous épendymaire
3 : Kyste paraventriculaire d_kyste_1f
4 : Kyste frontaux
5 : Autres

Présence d'un vaisseau thalamo striés : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_vaisso_S

Présence d'une dilatation ventriculaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_dilatation_S

Présence d'une anomalie des noyaux gris centraux (ngc) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ngc_S

Présence d'une anomalie du cervelet : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_cervelet_S

Présence d'une hémorragie bilatérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_volpebilat_S

ETF réalisée : _____ |__| neo_etfrealisee

1- au moins une ETF réalisée 0- aucune ETF réalisée .- au moins une ETF sur 4 est manquante et les autres NR
d_etfrealisee

Cavitation quelque soit l'ETF (porencephalies exclues) : _____ |__| neo_cavitationetf

0- Pas cavitation quelque soit ETF 1- Présence d'une cavitation à au moins une ETF d_cavitationetf

Variable HIV exclusive 4 classes quelque soit l'ETF : _____ |__| neo_superhivvolpe

1- Volpe d_superhivvolpe
2- HIV3 30- Hémorragie non précisée
3- HIV2 (avec kystes plexus choroides) 35- Pas d'hémorragie
4- HIV1 (avec kystes sous épendymaires)

Présence de lésions sévères : _____ |__| neo_ls

0- Pas lésion sévère (cavitation, HIV4, HIV3) 1- Présence de lésions sévères d_ls

Date d'apparition de la lésion la plus sévère HIV4>HIV3>HIV2>HIV1 : _____ |__| neo_superdelai

1- 1^{ère} semaine d_superdelai
2- 2^{ème} semaine 4- 4^{ème} semaine
3- 3^{ème} semaine

Anomalie parenchymateuse quelque soit l'ETF (VOLPE inclus et porencephalies incluses) : _____ |__| neo_parenetf

0- Pas anomalie parenchymateuse quelque soit ETF 1- Présence anomalie parenchymateuse à au moins une ETF d_parenetf

Hémorragie de Volpe quelque soit l'ETF (VOLPE inclus et porencephalies incluses) : _____ |__| neo_volpeetf

0- Pas hémorragie de Volpe quelque soit ETF 1- Présence d'une hémorragie de Volpe à au moins une ETF d_volpeetf

Electroencéphalogramme (EEG)

Un ou plusieurs EEG ont-ils été pratiqués en période néonatale : non = 0, oui = 1 neo_nd71

Si oui, combien neo_nd72

Premier EEG réalisé :

Date du 1^{er} EEG réalisé / / neo_nd73

Age au 1^{er} EEG réalisé (en jours) neo_nd73b

Pouvez-vous donner des détails sur le tracé de fond : non = 0, oui = 1 neo_nd76

Si oui, tracé de fond : Normal : non = 0, oui = 1 neo_nd77

Dysmature* : non = 0, oui = 1 neo_nd78

Mal organisé** : non = 0, oui = 1 neo_nd79

Trop discontinu*** : non = 0, oui = 1 neo_nd80

Tracé plat : non = 0, oui = 1 neo_nd81

*éléments maturatifs de 15 jours ou plus en moins par rapport au terme annoncé

**éléments maturatifs mal dessinés et pas de détermination de terme possible

***discontinuité > 60 sec avant 28 SA ; > 30 sec avant 30 SA, > 20 sec après 30 SA

Figures anormales présentes à l'EEG : non = 0, oui = 1 neo_nd82

Si oui, pouvez-vous donner des détails sur les figures anormales : non = 0, oui = 1 neo_nd83

Si oui, figures anormales : Pointes positives rolandiques type A \geq 1/min : non = 0, oui = 1 neo_nd84

Pointes positives rolandiques type A < 1/min : non = 0, oui = 1 neo_nd85

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 neo_nd86

Crises électriques : non = 0, oui = 1 neo_nd87

Conclusion de l'examen : normal = 1, altérations modérées = 2, altérations sévères = 3 neo_nd88
d_nd88f

EEG ultérieurs réalisés :

Les EEG ultérieurs (à l'exception du dernier) ont-ils montré une ou des anomalies non observées sur le premier tracé : non = 0, oui = 1 neo_nd89

Si oui,

Anomalies du tracé de fond : Dysmature* : non = 0, oui = 1 neo_nd90

Mal organisé** : non = 0, oui = 1 neo_nd91

Trop discontinu*** : non = 0, oui = 1 neo_nd92

Tracé plat : non = 0, oui = 1 neo_nd93

Figures anormales : Pointes positives rolandiques type A \geq 1/min : non = 0, oui = 1 neo_nd94

Pointes positives rolandiques type A < 1/min : non = 0, oui = 1 neo_nd95

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 neo_nd96

Crises électriques : non = 0, oui = 1 neo_nd97

Dernier EEG réalisé :

Date du dernier EEG réalisé _____ |__|/|__|/|__|__|__| **neo_nd98**

Age au dernier EEG réalisé (en jours) _____ **neo_nd98b**

Pouvez-vous donner des détails sur le tracé de fond : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd101**

Si oui, tracé de fond : Normal : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd102**

Dysmature* : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd103**

Mal organisé** : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd104**

Trop discontinu*** : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd105**

Tracé plat : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd106**

Figures anormales présentes à l'EEG : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd107**

Si oui, pouvez-vous donner des détails sur les figures anormales : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd108**

Si oui, figures anormales : Pointes positives rolandiques type A \geq 1/min : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd109**

Pointes positives rolandiques type A < 1/min : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd110**

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd111**

Crises électriques : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd112**

Conclusion de l'examen : normal = 1, altérations modérées = 2, altérations sévères = 3 _____ |__| **neo_nd113**
d_nd88f

Synthèse de la surveillance EEG _____ |__| **neo_nd114**
d_nd114f

- 1 : EEG tous normaux
- 2 : Altérations modérées transitoires
- 3 : Altérations persistantes
- 4 : Altérations sévères

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Une IRM a-t-elle été pratiquée : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd115**

Si oui,

Nombre total d'IRM pratiquées _____ |__| **neo_nd116**

Résultat de la dernière IRM pratiquée : normal = 1, anormal = 2 _____ |__| **neo_nd117**
d_nd117f

Si anormal, préciser en clair : **neo_nd118**

.....

Traitement neurochirurgical

Dérivation ventriculopéritonéale : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd119**

Si oui, nombre _____ |__| **neo_nd120**

Ventriculocisternostomie : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nd121**

TRAITEMENTS ET SOINS AU NOUVEAU-NE

Antalgie

Traitement médicamenteux sédatif et/ou antalgique de classe III :

L'enfant a-t-il reçu un traitement médicamenteux sédatif et/ou antalgique de classe III :

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne1

Si oui, l'enfant a-t-il reçu au moins une fois l'un des traitements suivants, y compris de courte durée (ex : extubation) :

Morphine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne2

Si oui,

Traitement ponctuel : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne3

Traitement continu : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne4

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne5

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne5b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne8

Fentanyl : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne9

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne10

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne10b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne13

Sufentanil : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne14

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne15

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne15b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne18

Midazolam (Hypnovel®) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne19

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne20

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne20b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne23

Kétamine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne24

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne25

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne25b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne28

Autre(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne29

Si oui, Traitement 1 : Préciser le traitement en clair : neo_ne30

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne31

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne31b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne34

Traitement 2 : Préciser le traitement en clair : neo_ne35

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne36

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne36b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne39

Traitement médicamenteux antalgique de classe I ou II :

L'enfant a-t-il reçu un traitement médicamenteux sédatif et/ou antalgique de classe I ou II :

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne40

Si oui, l'enfant a-t-il reçu au moins une fois l'un des traitements suivants :

Paracétamol oral : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne41

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne42

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne42b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne45

Proparacétamol (Perfalgan®) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne46

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne47

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne47b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__| j neo_ne50

Nalbuphine (Nubain®) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne51

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| neo_ne52

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne52b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__|j neo_ne55

Codéine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne56

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| neo_ne57

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne57b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__|j neo_ne60

Autre(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne61

Si oui, Préciser en clair : neo_ne62

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__| neo_ne63

Age au début de traitement (en jours) _____ neo_ne63b

Nombre cumulé de jours d'administration _____ |__|j neo_ne66

L'enfant a-t-il eu une anesthésie générale au cours d'une chirurgie : non = 0, oui = 1 ___ |__| neo_ne67

Si oui, intervention pour :

Canal artériel : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne68

ECUN : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne69

Hernie inguinale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne70

Pose de cathéter : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne71

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne72

Si oui, préciser en clair : neo_ne73

.....

Pratiques antalgiques en cas d'intubation :

L'enfant a-t-il été intubé ou ré-intubé depuis la salle de naissance : non = 0, oui = 1 ___ |__| neo_ne74

Si oui,

Nombre de fois _____ |__| neo_ne75

Intubation le plus souvent : nasale = 1, orale = 2 _____ |__| neo_ne76
d_ne76f

Absence au moins une fois de sédation/antalgie en cas d'intubation programmée ou semi-urgente :
non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne77

Apnées et bradycardies :

L'enfant a-t-il bénéficié d'un traitement contre les apnées-bradycardies : non = 0, oui = 1 |__| neo_ne79

Si oui,

Par **Caféine** : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne80

Si oui,

Date de début _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne81

Age au début (en jours) _____ neo_ne81b

Date d'arrêt _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne84

Age à l'arrêt (en jours) _____ neo_ne84b

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 _____ |__| neo_ne87
d_ne87f

Par **Doxapram** : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne88

Si oui,

Date de début _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne89

Age au début (en jours) _____ neo_ne89b

Date d'arrêt _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne92

Age à l'arrêt (en jours) _____ neo_ne92b

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 _____ |__| neo_ne95
d_ne87f

Par **ventilation ou PPC nasale** : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne96

Si oui,

Date de début _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne97

Age au début (en jours) _____ neo_ne97b

Date d'arrêt _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne100

Age à l'arrêt (en jours) _____ neo_ne100b

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 _____ |__| neo_ne103
d_ne87f

L'enfant a-t-il été intubé ou réintubé pour des apnées-bradycardies : non = 0, oui = 1 _ |__| neo_ne104

Si oui, apnées-bradycardies contemporaines d'une infection : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne105

Hématologie

Thrombopénie avant J7 : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne106

Si oui : taux de plaquettes le plus bas avant transfusion _____ |__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__| /mm³ neo_ne107

Transfusion de concentrés plaquettaires avant J7 : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne108

Si oui,

Indication de la 1^{ère} transfusion :

Prophylactique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne109

Thérapeutique (saignement) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne110

Prophylactique avant geste invasif : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne111

Nombre total de transfusions de concentrés plaquettaires après J7 _____ |__| neo_ne112

Taux d'hémoglobine observé à la naissance _____ |__|, |__| g/dl neo_ne113

Date _____ |__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__| neo_ne114

Age (en jours) _____ neo_ne114b

Taux d'hémoglobine le plus bas observé pendant l'hospitalisation _____ |__|, |__| g/dl neo_ne117

Date _____ |__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__| neo_ne118

Age (en jours) _____ neo_ne118b

Taux d'hémoglobine observé à la sortie de l'enfant à domicile _____ |__|, |__| g/dl neo_ne121

Date _____ |__|/|__|/|__|/|__|/|__|/|__| neo_ne122

Age (en jours) _____ neo_ne122b

Transfusion de culot globulaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne125

Si oui, nombre de transfusions _____ |__| neo_ne126

Polynucléaires neutrophiles < 1500/mm³ avant J7 : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne127

Evènement transfusionnel : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne128

Si oui, préciser en clair : neo_ne128a

Politique de prévention de l'anémie :

EPO (Neorecormon®) préventif : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne129

Si oui,

Date de début _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne130

Age au début (en jours) _____ neo_ne130b

Date de fin _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne133

Age à la fin (en jours) _____ neo_ne133b

Voie d'administration : intraveineux = 1, sous-cutané = 2, les deux = 3 _____ |__| neo_ne136
d_ne136f

Fer : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne137

Si oui, **date de début** _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne138

Age au début (en jours) _____ neo_ne138b

Néphrologie

Valeur de créatininémie max. atteint entre J3 et J7 _____ |__|_|__|, |__| µmol/l neo_ne141

Date _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne142

Age (en jours) _____ neo_ne142b

Valeur de créatininémie max. atteint après J7 _____ |__|_|__|, |__| µmol/l neo_ne145

Date _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne146

Age (en jours) _____ neo_ne146b

Dernière valeur de créatininémie mesurée avant la sortie à domicile _ |__|_|__|, |__| µmol/l neo_ne149

Date _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne150

Age (en jours) _____ neo_ne150b

Echographie rénale pratiquée : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne153

Si oui,

Date de la première échographie _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne154

Age à la première échographie (en jours) _____ neo_ne154b

Résultat, en clair : neo_ne157
.....

Date de la dernière échographie disponible _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne158

Age à la dernière échographie (en jours) _____ neo_ne158b

Résultat, en clair : neo_ne161
.....

Traitement antihypertenseur reçu : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne162

Si oui, traitement en clair : neo_ne163

Notification d'une insuffisance rénale dans les diagnostics portés au cours de l'hospitalisation en néonatalogie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne164

Ictère

Taux max. de bilirubine avant J7 _____ |__|__|__| μmol/l neo_ne165

ou _____ |__|__|__| mg/l neo_ne166

Photothérapie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne167

Natrémie

Niveau max. de natrémie avant J7 _____ |__|__|__| mmol/l neo_ne168

Infection précoce (≤ 72h de vie)

Infection néonatale bactérienne

neo_infection_precoce_final

0 : pas d'infection néonatale bactérienne

1 : infection néonatale bactérienne probable (Antibiothérapie débutée avant H72 et durée ≥ 5 jours)

d_infprecoce

2 : infection néonatale bactérienne certaine avec hémoculture ou LCR + avant H72

Enfants tronç commun nés vivants et admis en néonatalogie

Non classés : décès avant J5 sans cause infectieuse clairement identifiée

Date du début de l'épisode infectieux _____ |__|__|/|__|__|/|__|__| neo_ne170

Age au début de l'épisode infectieux (en jours) _____ neo_ne170b

Infection non confirmée (traitement anti-infectieux ≤ 3 jours) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne173

Infection clinique (traitement anti-infectieux > 3 jours) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne174

Infection avec confirmation microbiologique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne175

Identifiée chez _____ |__| neo_ne176

d_ne176f

1 : La mère et l'enfant

2 : L'enfant seulement

3 : La mère seulement

Bactéries _____ |__| neo_ne177

d_ne177f

0 : Non identifiée = 0

1 : Strepto B = 1

2 : E Coli = 2

3 : Autre = 3

Si autre, préciser en clair (y compris les associations de germes) : neo_ne178

.....

Virus : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne179

Si oui, préciser en clair : neo_ne180

Levures : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne181

Si oui, préciser en clair : neo_ne182

Localisation :

Bactériémie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne183

Trachée : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne184

Liquide gastrique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne185

Anus : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne186

Oreilles : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne187

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne188

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne189

Autres non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne190

Résistance du germe : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne191

Si oui,

Ampicilline résistant : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne192

C3G résistant : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne193

Carbapénème résistant : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne194

Valeur maximale de CRP (protéine C-réactive) **au cours de l'épisode** _____ |__|__|__| mg/l neo_ne195

Traitement :

Ampicilline : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne196

C3G : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne197

Aminoside : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne198

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne199

Si oui, préciser en clair : neo_ne200

Durée totale du traitement _____ |__|__| j neo_ne201

Infections secondaires (> 72h de vie) au cours de la prise en charge néonatale

Enfants vivants à J3

neo_LOS=late onset sepsis

0 : non 1 : oui

= hémoculture positive associée à :

- une antibiothérapie de au moins 5 jours

- ou un décès dans les 5 jours qui suivent une hémoculture positive avec traitement débuté

(définition de Stoll (du NICHD), 2002 dans Pediatrics créée par M.Letouzey)

Bactériémie après H72

neo_infection_bacteriemie

0 : pas d'infection secondaire

d_bact

1 : infection secondaire probable/possible (Antibiothérapie débutée après H72 ≥ 5 jours)

2 : bactériémie certaine : hémoculture + après de 72h de vie

Infection secondaire après H72

neo_infection_LOS

0 : pas d'infection secondaire

d_los

1 : infection secondaire probable/possible (Antibiothérapie débutée après H72 et durée ≥ 5 jours)

2 : infection secondaire certaine; localisation = hémoculture, trachée, urines, LCR, ou ostéo articulaire

Evenement infectieux après H72 (inclus conjonctivites, atteintes cutanées, ..)

neo_infection_secondaire

0 : pas d'infection secondaire

d_evinfec

1 : infection secondaire probable/possible (Antibiothérapie débutée après H72 ≥ 5 jours)

2 : certaine, toute localisation (hormis culture du KT central)

Infection secondaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_ne202**

Si oui, nombre d'épisodes infectieux _____ |__| **neo_ne203**

1^{er} épisode infectieux secondaire :

Date du début de l'épisode infectieux _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **neo_ne204**

Age au début de l'épisode infectieux (en jours) _____ **neo_ne204b**

Infection clinique (= traitement anti-infectieux ≥ 5 jours) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_ne207**

Infection avec confirmation microbiologique : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_ne208**

Germe _____ |__| **neo_ne209**

d_ne209f

- 0 : Non identifié
- 1 : Staphylocoque coagulase négative*
- 2 : Staphylocoque doré
- 3 : Entérocoque
- 4 : Bacille gram négatif (E Coli,...)

Si 4, préciser en clair : **neo_ne210**
*2 hémocultures

Virus : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_ne211**

Si oui, lequel _____ |__| **neo_ne212**

- 1 : VRS / Adenovirus
 2 : Rotavirus = 2
 3 : Autre

Infection fongique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne213

Si oui, préciser en clair : neo_ne214

Résistance du germe : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne215

Si oui, laquelle _____ |__| neo_ne216
 d_ne216f

- 1 : Méthicilline-résistant
 2 : Vancomycine-résistant
 3 : Multi-résistant

Si multi-résistant, préciser en clair : neo_ne217

Localisation :

Bactériémie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne218

Trachée (chez l'enfant intubé) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne219

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne220

Digestive : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne221

Conjonctivite : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne222

Urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne223

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne224

Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne225

Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne226

Autre non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne227

Si autre, préciser en clair : neo_ne228

Au moment de l'infection, l'enfant :

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne229

Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne230

Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne231

Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne232

Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l'intervention) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne233

Valeur maximale de CRP (protéine C-réactive) au cours de l'épisode _____ |__| |__| |__| mg/l neo_ne234

PCT (procalcitonine) dosée au cours de l'épisode : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne235

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l'épisode _____ |__| |__|, |__| |__| ng/ml neo_ne236

Traitement anti-infectieux :

C3G : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne237

Aminoside : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne238

Vancomycine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne239

Carbapénème : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne240

Triflucan: non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne241

Autres : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne242

Si oui, préciser en clair : neo_ne243

Durée du traitement _____ |__|__| j neo_ne244

2^{ème} épisode infectieux secondaire :

Date du début de l'épisode infectieux _____ |__|/|__|/|__| | neo_ne245

Age au début de l'épisode infectieux (en jours) _____ neo_ne245b

Infection clinique (= traitement anti-infectieux \geq 5 jours) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne248

Infection avec confirmation microbiologique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne249

Germe _____ |__| neo_ne250
d_ne209f

- 0 : Non identifié
 - 1 : Staphylocoque coagulase négative*
 - 2 : Staphylocoque doré
 - 3 : Entérocoque
 - 4 : Bacille gram négatif (E Coli,...)
- *2 hémocultures*

Si 4, préciser en clair : neo_ne251

Virus : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne252

Si oui, lequel _____ |__| neo_ne253
d_ne212f

- 1 : VRS / Adenovirus
- 2 : Rotavirus = 2
- 3 : Autre

Infection fongique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne254

Si oui, préciser en clair : neo_ne255

Résistance du germe : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne256

Si oui, laquelle _____ |__| neo_ne257
d_ne216f

- 1 : Méthicilline-résistant
 - 2 : Vancomycine-résistant
 - 3 : Multi-résistant
- Si multi-résistant, préciser en clair : neo_ne258

Localisation :

Bactériémie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne259

Trachée (chez l'enfant intubé) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne260
Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne261
Digestive : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne262
Conjonctivite : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne263
Urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne264
Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne265
Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne266
Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne267
Autre non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne268

Si autre, préciser en clair : neo_ne269

Au moment de l'infection, l'enfant :

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne270
Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne271
Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne272
Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne273
Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l'intervention) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne274

Valeur maximale de CRP (protéine C-réactive) au cours de l'épisode _____ |__|__|__| mg/l neo_ne275

PCT (procalcitonine) dosée au cours de l'épisode : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne276

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l'épisode _____ |__|__| , |__| ng/ml neo_ne277

Traitement anti-infectieux :

C3G : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne278
Aminoside : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne279
Vancomycine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne280
Carbapénème : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne281
Triflucan: non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne282
Autres : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne283

Si oui, préciser en clair : neo_ne284

Durée du traitement _____ |__|__| j neo_ne285

3^{ème} épisode infectieux secondaire :

Date du début de l'épisode infectieux _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| neo_ne286

Age au début de l'épisode infectieux (en jours) _____ neo_ne286b

Infection clinique (= traitement anti-infectieux ≥ 5 jours) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne289

Infection avec confirmation microbiologique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne290

Germe _____ |__| neo_ne291
d_ne209f

- 0 : Non identifié
 - 1 : Staphylocoque coagulase négative*
 - 2 : Staphylocoque doré
 - 3 : Entérocoque
 - 4 : Bacille gram négatif (E Coli,...)
- *2 hémocultures

Si 4, préciser en clair : neo_ne292

Virus : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne293

Si oui, lequel _____ |__| neo_ne294
d_ne212f

- 1 : VRS / Adenovirus
- 2 : Rotavirus = 2
- 3 : Autre

Infection fongique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne295

Si oui, préciser en clair : neo_ne296

Résistance du germe : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne297

Si oui, laquelle _____ |__| neo_ne298
d_ne216f

- 1 : Méthicilline-résistant
 - 2 : Vancomycine-résistant
 - 3 : Multi-résistant
- Si multi-résistant, préciser en clair : neo_ne299

Localisation :

Bactériémie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne300

Trachée (chez l'enfant intubé) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne301

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne302

Digestive : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne303

Conjonctivite : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne304

Urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne305

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne306

Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne307

Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne308

Autre non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne309

Si autre, préciser en clair : neo_ne310

Au moment de l'infection, l'enfant :

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne311

Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne312

Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne313

Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne314

Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l'intervention) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne315

Valeur maximale de CRP (protéine C-réactive) **au cours de l'épisode** _____ |__|__|__| mg/l neo_ne316

PCT (procalcitonine) dosée au cours de l'épisode : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne317

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l'épisode _____ |__|__| , |__| ng/ml neo_ne318

Traitement anti-infectieux :

C3G : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne319

Aminoside : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne320

Vancomycine : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne321

Carbapénème : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne322

Triflucan: non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne323

Autres : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne324

Si oui, préciser en clair :..... neo_ne325

Durée du traitement _____ |__|__| j neo_ne326

Hémodynamique

Durant les premières 72 heures de vie :

Pression artérielle moyenne (PAM) minimum vérifiée au cours de cette période |_|_| mmHg neo_ne327

Traitement à visée hémodynamique : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne328

Si oui,

Remplissage vasculaire au cours de cette période : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne329

Si oui, volume cumulé utilisé au cours de cette période _____ |_|_|_| ml/kg neo_ne330

Utilisation de catécholamines au cours de cette période : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne331

Si oui, préciser :

Dopamine : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne332

Dobutamine : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne333

Noradrénaline : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne334

Utilisation de corticoïdes à visée hémodynamique au cours de cette période : non=0, oui=1 |_| neo_ne335

Motif du traitement _____ |_| neo_ne336
[d_ne336f](#)

- 1 : Pression artérielle basse isolée
- 2 : Association de signes cliniques évoquant une hémodynamique insuffisante
- 3 : Critères échographiques seuls
- 4 : Critères échographiques et cliniques
- 5 : Autres critères décisifs (NIRS, lactates, ...)

Echographie cardiaque à visée hémodynamique au cours de cette période : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne337

Après les premières 72 heures de vie :

Traitement à visée hémodynamique : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne338

Si oui,

Remplissage vasculaire : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne339

Utilisation de catécholamines : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne340

Utilisation de corticoïdes à visée hémodynamique : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne341

Prise en charge du canal artériel :

Exploration du canal artériel par échographie : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne342

Si oui,

Date de la première exploration _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_| neo_ne343

Age à la première exploration (en jours) _____ neo_ne343b

Indication :

A titre systématique : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne346

Sur signes cliniques : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne347

Lors des échographies, a-t-on observé les critères suivants :

Taille du canal artériel > 1,5 mm/kg : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ne348

Aspect tubulaire du flux ductal : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne349

Élévation du débit pulmonaire (vitesse moyenne >40 cm/sec, vitesse télédiastolique >20 cm/sec) :
non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne350

Signe de bas débit systémique (débit de veine cave supérieure <40ml/kg/mn, flux nul ou reverse flow au doppler cérébral-rénal-mésentérique) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne351

Dernière échographie du canal artériel au cours du séjour néonatal :

Date _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_ne352

Age (en jours) _____ neo_ne352b

Le canal était : ouvert = 1, fermé = 2 _____ |__| neo_ne355
d_ne355f

Traitement du canal artériel par AINS : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne356

Si oui,

Date de début de traitement _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_ne357

Age au début du traitement (en jours) _____ neo_ne357b

Indication _____ |__| neo_ne360
d_ne360f

- 1 : Préventif
- 2 : Curatif sur des critères uniquement échographiques
- 3 : Curatif sur des critères uniquement cliniques
- 4 : Curatif sur des critères cliniques et échographiques

Date de début d'une 2^{ème} cure _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_ne361

Age au début d'une 2^{ème} cure (en jours) _____ neo_ne361b

Indication _____ |__| neo_ne364
d_ne364f

- 1 : Echec de première cure
- 2 : Réouverture du canal artériel (post sepsis par ex.)

Traitement du canal artériel par chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne365

Si oui,

Date de la chirurgie _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_ne366

Age à la chirurgie (en jours) _____ neo_ne366b

Indication _____ |__| neo_ne369
d_ne369f

- 1 : De première intention (y compris si contre-ind au tt med.)
- 2 : Après échec du traitement médical

Parmi les critères échographiques suivants, quels sont ceux qui ont contribué à la prise de décision thérapeutique (traitement pharmacologique ou chirurgical de ce canal artériel) :

Taille du canal artériel > 1,5 mm/kg : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne370

Aspect tubulaire du flux ductal : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne371

Élévation du débit pulmonaire (vitesse moyenne >40 cm/s, vitesse télé diastolique >20 cm/s) :
non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne372

Bas débit systémique (débit de veine cave supérieure <40ml/kg/mn, flux nul ou reverse flow au doppler cérébral-rénal-mésentérique) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne373

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ne374

SOINS DE DEVELOPPEMENT

Bilan à J7

Conditions matérielles et architecturales d'hospitalisation :

Chambre à J7 _____ |__| **neo_nf1**
d_nf1f

- 1 : D'un enfant
- 2 : De deux enfants
- 3 : De trois enfants
- 4 : De quatre enfants ou plus
- 5 : Chambre en unité kangourou (avec la mère)

Utilisation d'un couvre (cache)-couvercle ou d'un drap si le bébé est au berceau pour limiter l'exposition lumineuse à J7 _____ |__| **neo_nf2**
d_nf2f

- 0 : Non
- 1 : Permanente (arrêt éventuel lors des soins)
- 2 : Intermittente
- 3 : Ne sait pas

Environnement humain :

Mise en peau à peau depuis la naissance (de J0 à J7) : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 ____ |__| **neo_nf3**

Si oui, date du premier peau à peau _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_| **neo_nf4**

Age au premier peau à peau (en jours) _____ **neo_nf4b**

Si non, indiquer la raison principale _____ |__| **neo_nf7**
d_nf7f

- 1 : Choix de l'équipe
- 2 : Manque de disponibilité du personnel soignant
- 3 : Anxiété parentale
- 4 : Non disponibilité des parents
- 5 : Instabilité de l'enfant
- 6 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nf8**

Pratique du peau à peau pendant la première semaine de vie

neo_peau_a_peau

- 1 = peau à peau commencé entre J0 et J3
- 2 = peau à peau commencé entre J4 et J7
- 3 = pas de peau à peau entre J0 et J7

Si pas de peau à peau, les raisons

neo_raison_pas_pap

- 1 = raisons liés à l'équipe (choix de l'équipe, manque de disponibilité du personnel soignant, on ne vous l'a pas proposé, KTVO, isolement enfant)
- 2 = raisons liés aux parents (anxiété parentale, non disponibilité des parents, vous ne le souhaitiez pas, mère hospitalisée)
- 3 = raisons liés à l'enfant (instabilité de l'enfant, l'état de santé de votre enfant ne le permettait pas, autre maladie de l'enfant)
- 4 = autre raison

Pour les enfants sortis vivants du tronc commun.

Douleur et inconfort :

Evaluation de la douleur ou de l'inconfort de l'enfant réalisée au moins une fois avec une échelle standardisée en dehors d'un soin (entre J0 et J7) : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf9

Si oui,

Score d'EDIN le plus élevé (sur 15) _____ |__|__|/15 neo_nf10

Autre méthode d'évaluation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nf11

Si oui, préciser en clair : neo_nf12

Score le plus élevé _____ |__|__| neo_nf13

Evaluation de la douleur ou de l'inconfort de l'enfant réalisée au moins une fois avec une échelle standardisée pendant un soin (entre J0 et J7) : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf14

Si oui,

Score DAN le plus élevé lors d'un soin (sur 10) _____ |__|__|/10 neo_nf15

Autre méthode d'évaluation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nf16

Si oui, préciser en clair : neo_nf17

Score le plus élevé _____ |__|__| neo_nf18

Alimentation :

Participation des parents à l'alimentation* : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf19

**Soutien et enveloppement du bébé, peau à peau pendant l'alimentation, tétine offerte pendant l'alimentation par sonde*

Mise au sein _____ |__| neo_nf20
d_nf20f

- 0 : Non
- 1 : Oui pour contact
- 2 : Oui pour tétée non nutritive
- 3 : Oui pour tétée nutritive
- 4 : Ne sait pas

Si oui, date de la première mise au sein _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| neo_nf21

Age à la première mise au sein (en jours) _____ neo_nf21b

La mère a-t-elle fait le choix de donner son propre lait à son enfant :

non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf24

Bilan à J28

Conditions matérielles et architecturales d'hospitalisation :

Chambre à J28 _____ |__| neo_nf25
d_nf1f

- 1 : D'un enfant
- 2 : De deux enfants
- 3 : De trois enfants
- 4 : De quatre enfants ou plus
- 5 : Chambre en unité kangourou (avec la mère)

Utilisation d'un couvre(cache)-couveuse ou d'un drap si le bébé est au berceau pour limiter l'exposition lumineuse à J28 _____ |__| neo_nf26
d_nf2f

- 0 : Non
- 1 : Permanente (arrêt éventuel lors des soins)
- 2 : Intermittente
- 3 : Ne sait pas

Douleur et inconfort :

Evaluation de la douleur ou de l'inconfort de l'enfant réalisée au moins une fois, avec une échelle standardisée, en dehors d'un soin (entre J21 et J28) :

non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf27

Si oui,

Score d'EDIN le plus élevé (sur 15) _____ |__|/15 neo_nf28

Autre méthode d'évaluation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nf29

Si oui, préciser en clair : neo_nf30

Score le plus élevé _____ |__| neo_nf31

Evaluation de la douleur ou de l'inconfort de l'enfant réalisée au moins une fois avec une échelle standardisée pendant un soin (entre J21 et J28) :

non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf32

Si oui,

Score DAN le plus élevé lors d'un soin (sur 10) _____ |__|/10 neo_nf33

Autre méthode d'évaluation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nf34

Si oui, préciser en clair : neo_nf35

Score le plus élevé _____ |__| neo_nf36

Alimentation :

Participation des parents à l'alimentation* : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf37

**Soutien et enveloppement du bébé, peau à peau pendant l'alimentation, tétine offerte pendant l'alimentation par sonde*

Mise au sein _____ |__| neo_nf38
d_nf20f

- 0 : Non
- 1 : Oui pour contact
- 2 : Oui pour tétée non nutritive
- 3 : Oui pour tétée nutritive
- 4 : Ne sait pas

La mère a-t-elle fait le choix de donner son propre lait à son enfant :

non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 _____ |__| neo_nf39

Bilan depuis la naissance

L'enfant a-t-il bénéficié depuis sa naissance d'un programme formalisé de soins de développement avec suivi particulier : non = 0, méthode Bullinger = 1, NIDCAP® = 2 _____ |__| neo_nf40
d_nf40f

Si NIDCAP®,

Nombre d'observations réalisées entre la naissance et S36 _____ |__|__| neo_nf41

Date de la première observation terme _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| neo_nf42

Age à la première observation terme (en jours) _____ neo_nf42b

Combien de nuits l'enfant a-t-il passé en chambre avec sa mère avant la sortie à domicile ? __|__|__|
neo_nf45

L'enfant a-t-il bénéficié depuis sa naissance de stimulations de l'oralité : non = 0, oui = 1 |__| neo_nf46

NUTRITION

Bilan à J3

Poids ce jour _____ |_|_|_|_| g neo_ng1

Poids utilisé pour les calculs d'apport parentéral à J3 _____ |_|_|_|_| g neo_ng2

Taille de naissance _____ |_|_| cm neo_ng3

PC de naissance _____ |_|_| cm neo_pcnce

Apport entéral prescrit :

Date du début de l'alimentation entérale si commencée dans ces 3 jours _____ |..._| neo_ng5

Age au début de l'alimentation entérale si commencée dans ces 3 jours (en jours) _____ neo_ng5b

Apport entéral total pour les 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng8

Type de lait n°1 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_| neo_ng9

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng10

Type de lait n°2 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_| neo_ng11

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng12

Apport parentéral prescrit :

Apport parentéral total pour les 24h, y compris le volume des lipides _____ |_|_|_| ml/kg/j neo_ng13

Apport total prescrit (entéral + parentéral) :

Apport total pour les 24h _____ |_|_|_|_| ml/kg/j neo_ng14

Apport en protides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng15

Apport en glucides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng16

Apport en lipides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng17

Bilan à J7

Poids ce jour _____ |_|_|_|_| g neo_ng18

Poids utilisé pour les calculs d'apport parentéral à J7 _____ |_|_|_|_| g neo_ng19

Taille autour de ce jour _____ |_|_| cm neo_ng20

PC autour de ce jour _____ |_|_| cm neo_ng21

Apport entéral prescrit :

Apport entéral (y compris le « minimal feeding ») : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ng22

Date du début de l'alimentation entérale si commencée entre J3 et J7 _____ |..._| neo_ng23

Age au début de l'alimentation entérale si commencée entre J3 et J7 (en jours) _____ neo_ng23b

Apport entéral total pour les 24h _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng26

Type de lait n°1 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng27

Quantité prescrite pour 24h _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng28

Type de lait n°2 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng29

Quantité prescrite pour 24h _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng30

Apport parentéral prescrit :

Apport parentéral total pour les 24h _____ l _ l _ l _ l ml/kg/j neo_ng31

Apport total prescrit (entéral + parentéral) :

Apport total pour les 24h _____ l _ l _ l _ l ml/kg/j neo_ng32

Apport en protides _____ l _ l _ l _ l, l _ l g/kg/j neo_ng33

Apport en glucides _____ l _ l _ l _ l, l _ l g/kg/j neo_ng34

Apport en lipides _____ l _ l _ l _ l, l _ l g/kg/j neo_ng35

Avez-vous utilisé de l'insuline dans les 7 premiers jours : non = 0, oui = 1 _____ l _ l neo_ng36

Si oui, principale indication _____ l _ l neo_ng37
d_ng37f

- 1 : Glycémie \geq 8.5 mmol/l et $<$ 10 mmol/l
- 2 : Glycémie \geq 10 mmol/l et $<$ 15 mmol/l
- 3 : Glycémie \geq 15 mmol/l
- 4 : Glycosurie
- 5 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_ng38

Valeur maximale de glycémie repérée dans les 7 premiers jours _____ l _ l _ l, l _ l mmol/l neo_ng39

Transit intestinal considéré comme normal (au moins une selle par jour) : non = 0, oui = 1 l _ l neo_ng40

Bilan à J28

Poids ce jour _____ l _ l _ l _ l g neo_ng41

Taille autour de ce jour _____ l _ l _ l cm neo_ng42

PC autour de ce jour _____ l _ l _ l cm neo_ng43

Pression artérielle moyenne* vérifiée (PAM) _____ l _ l _ l mmHg neo_ng44

*Première pression artérielle moyenne de la journée

Apport entéral prescrit :

Apport entéral total pour les 24h _____ l _ l _ l _ l ml neo_ng45

L'enfant est-il encore alimenté par sonde gastrique : non = 0, oui = 1 _____ l _ l neo_ng46

Si non, date de fin de sonde gastrique _____ l _ l / l _ l / l _ l / l _ l neo_ng47

Age à la de fin de sonde gastrique (en jours) _____ neo_ng47b

L'enfant tête-t-il directement le sein : non = 0, oui = 1 _____ l _ l neo_ng50

Si oui, la tétée représente la totalité de l'alimentation entérale : non = 0, oui = 1 _____ l _ l neo_ng51

En cas d'alimentation à la place ou en complément de l'allaitement au sein précisez les laits (y compris de lactarium, lait de mère personnalisé donné en dehors de la tétée) :

Type de lait n°1 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_|_| neo_ng52

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng53

Type de lait n°2 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_|_| neo_ng54

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng55

Apport parentéral prescrit :

Apport parentéral total pour les 24h _____ |_|_|_| ml/kg/j neo_ng56

Apport total prescrit (entéral + parentéral) :

Apport total pour les 24h _____ |_|_|_|_| ml/kg/j neo_ng57

Apport en protides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng58

Apport en glucides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng59

Apport en lipides _____ |_|_|_|, |_| g/kg/j neo_ng60

S'il n'y a plus d'apport parentéral, date de fin de perfusion _____ |..._| neo_ng61

Age à la de fin de perfusion (en jours) _____ neo_ng61b

Avez-vous utilisé de l'insuline entre J8 et J28 : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ng64

Bilan à S36

Poids autour de la date du bilan _____ |_|_|_|_| g neo_ng65

Taille autour de la date du bilan _____ |_|_| cm neo_ng66

PC autour de la date du bilan _____ |_|_| cm neo_ng67

Apport entéral prescrit :

L'enfant est-il encore alimenté par sonde gastrique : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ng68

Si non et si concerné, date de fin gastrique de sonde _____ |..._| neo_ng69

Age à la fin gastrique de sonde (en jours) _____ neo_ng69b

L'enfant tête-t-il directement le sein : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ng72

Si oui, la tétée représente la totalité de l'alimentation entérale : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_ng73

En cas d'alimentation à la place ou en complément de l'allaitement au sein précisez les laits (y compris de lactarium, lait de mère personnalisé donné en dehors de la tétée) :

Type de lait n°1 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_|_| neo_ng74

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng75

Type de lait n°2 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |_|_|_|_|_| neo_ng76

Quantité prescrite pour 24h _____ |_|_|_| ml neo_ng77

Apport parentéral prescrit :

Apport parentéral total pour les 24h _____ |_|_|_| ml/kg/j **neo_ng78**

Apport total prescrit (entéral + parentéral) :

Apport total pour les 24h _____ |_|_|_| ml/kg/j **neo_ng79**

L'enfant a-t-il encore un cathéter central : non = 0, oui = 1 _____ |_| **neo_ng80**

Si non, date de retrait du dernier cathéter central _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_| **neo_ng81**

Age au retrait du dernier cathéter central (en jours) _____ *neo_ng81b*

Bilan depuis la naissance

Cathéters centraux :

Depuis la naissance, combien de cathéters centraux ont été mis en place _____ |__| neo_ng84

Accident de cathétérisme central : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng85

Si oui :

Thrombose vasculaire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng86

Si oui, traitement : non = 0, héparine = 1, fibrinolyse = 2 _____ |__| neo_ng87

d_ng87f

Épanchement pleural : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng88

Epanchement péritonéal : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng89

Tamponnade : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng90

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng90a

Si oui, préciser en clair : neo_ng90b

Combien de complications liées aux cathéters centraux ont été observées _____ |__| neo_ng91

Nombre d'accidents de type thrombose intravasculaire _____ |__| neo_ng92

Nombre de retraits pour cathéter occlus _____ |__| neo_ng93

Nombre d'accidents de perfusion péricardique _____ |__| neo_ng94

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng95

Si oui, préciser en clair : neo_ng96

Troubles digestifs/entérocolite ulcéro nécrosante :

Perforation intestinale spontanée : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng97

Si oui,

Date _____ |__|/|__|/|__| |__| neo_ng98

Age (en jours) _____ neo_ng98b

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng101

Si oui, date de la chirurgie _____ |__|/|__|/|__| |__| neo_ng102

Age à la chirurgie (en jours) _____ neo_ng102b

Entérocolite ulcéro nécrosante : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng105

Si oui,

Stade II de Bell clinique* : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng106

**météorisme silencieux ± résidus verts ± défense ± plastron FID ± paroi inflammatoire*

Si oui, date _____ |__|/|__|/|__| neo_ng107

Age (en jours) _____ neo_ng107b

Stade II de Bell radiologique** : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng110

***dilatation intestinale ± pneumatose intestinale et/ou portale ± épanchement péritonéal*

Si oui, date _____ |__|/|__|/|__| neo_ng111

Age (en jours) _____ neo_ng111b

Stade III de Bell clinique* : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng114

**hypotension, oligurie, troubles hydro-électrolytiques, ± acidose mixte ± neutropénie ± CIVD ± SDRA, météorisme volumineux, douloureux avec contracture*

Si oui, date _____ |__|/|__|/|__| neo_ng115

Age (en jours) _____ neo_ng115b

Stade III de Bell radiologique* : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ng118

***Pneumopéritoine de la grande cavité ou localisé*

Si oui, date _____ |__|/|__|/|__| neo_ng119

Age (en jours) _____ neo_ng119b

COMPLICATIONS DIVERSES

En plus des évènements cliniques déjà recueillis dans le questionnaire, cet enfant a-t-il fait l'objet de ces complications liées aux soins :

Evènement cutané : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh1

Si oui :

Nécrose cutanée sur dispositif de ventilation (CPAP ou sonde trachéale) : non = 0, oui = 1 |__| neo_nh2

Nécrose cutanée sur diffusion voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh3

Lésion d'origine chimique/électrodes/pansements : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh4

Erreur médicamenteuse : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh5

Si oui :

Erreur de prescription : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh6

Erreur de produit : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh7

Erreur de préparation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh8

Erreur d'administration : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh9

Effet secondaire d'un médicament : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh10

Autre(s) pathologie(s) iatrogène(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nh11

Si oui, préciser en clair : neo_nh12

.....

ANOMALIES CONGENITALES

Anomalies congénitales : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_ni1

Si oui, description finale des anomalies congénitales (y compris les syndromes) en précisant pour chacune d'elle la description la plus détaillée possible en clair :

1^{ère} malformation : neo_ni2

2^{ème} malformation : neo_ni3

3^{ème} malformation : neo_ni4

4^{ème} malformation : neo_ni5

5^{ème} malformation : neo_ni6

Synthèse Malformation ENFANT_MALFO_MAJEUR **D_malfo**

_____ 0= pas de malformation

1= au moins 1 malformation majeure

2= uniquement malformation(s) mineure(s)

9=doute sur une malformation ou sur critère de gravité

(Concerne les enfants inclus du tronc commun- Variable N.Lelong, registre des malformations congénitales)

Les malformations ont été codées selon les recommandations du réseau Eurocat (European Surveillance of congenital anomalies). Les malformations retenues par Eurocat sont considérées comme majeures, les autres malformations sont considérées comme mineures.

Détails :

CIM10_1="CIM10_1- codes CIM10 malformation congénitale n°1 - var synthèse";

CIM10_2="CIM10_2- codes CIM10 malformation congénitale n°2 - var synthèse";

CIM10_3="CIM10_3- codes CIM10 malformation congénitale n°3 - var synthèse";

CIM10_4="CIM10_4- codes CIM10 malformation congénitale n°4 - var synthèse";

CIM10_4="CIM10_4- codes CIM10 malformation congénitale n°4 - var synthèse";

lib_CIM10_1="lib_CIM10_1- libellée malformation congénitale n°1 - var synthèse";

lib_CIM10_2="lib_CIM10_2- libellée malformation congénitale n°2 - var synthèse";

lib_CIM10_3="lib_CIM10_3- libellée malformation congénitale n°3 - var synthèse";

lib_CIM10_4="lib_CIM10_3- libellée malformation congénitale n°4 - var synthèse";

lib_CIM10_5="lib_CIM10_4- libellée malformation congénitale n°5 - var synthèse";

cim10_mineure_1="cim10_mineure_1- gravité malformation congénitale n°1 - var synthèse";

cim10_mineure_2="cim10_mineure_2- gravité malformation congénitale n°2 - var synthèse";

cim10_mineure_3="cim10_mineure_3- gravité malformation congénitale n°3 - var synthèse";

cim10_mineure_4="cim10_mineure_4- gravité malformation congénitale n°4 - var synthèse";

cim10_mineure_5="cim10_mineure_5- gravité malformation congénitale n°4 - var synthèse";

_____ 1=majeure / 2=mineure / 9=inconnue **D_malfo**

RETINOPATHIE

Rétinopathie recherchée : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nj1

Si oui,

Avec Retcam = 1, autre méthode = 2 _____ |__| neo_nj2
d_nj2f

Date de 1^{er} dépistage _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_nj3

Age au 1^{er} dépistage (en jours) _____ neo_nj3b

Date du dernier examen _____ |__|/|__|/|__|/|__| neo_nj6

Age au dernier examen (en jours) _____ neo_nj6b

Stade le plus sévère de rétinopathie _____ |__| neo_nj9

Préciser : œil droit = 1, œil gauche = 2, les deux = 3 _____ |__| neo_nj10
d_nj10f

Rétinopathie traitée : non = 0, laser = 1, cryothérapie = 2 _____ |__| neo_nj11
d_nj11f

Si traitement : œil droit = 1, œil gauche = 2, les deux = 3 _____ |__| neo_nj12
d_nj12f

AUDITION

Dépistage auditif réalisé : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nk1

Si oui,

OEAP (otoémissions) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nk2

Si oui examen _____ |__| neo_nk3
d_nk3f

- 0 : Normal
- 1 : Anormal oreille droite
- 2 : Anormal oreille gauche
- 3 : Anormal les deux

PEA : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nk4

Si oui examen _____ |__| neo_nk5
d_nk3f

- 0 : Normal
- 1 : Anormal oreille droite
- 2 : Anormal oreille gauche
- 3 : Anormal les deux

Surdité profonde (> 90 dB) : non = 0, oreille droite = 1, oreille gauche = 2, des deux côtés = 3 |__| neo_nk6
d_nk6f

VACCINATION

Vaccination initiée en cours d'hospitalisation : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nv1**

Si oui, préciser :

Diphtérie Tétanos Coqueluche Haemophilus : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nv2**

Hépatite B : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nv3**

Pneumocoque : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nv4**

BCG : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nv5**

SYNTHESE DU PARCOURS DES ENFANTS

Cette partie a pour objectif de décrire les séjours et les transferts des enfants. Les transferts correspondent à des changements d'établissement (ou de site géographique).

L'enfant est-il né dans l'établissement dans lequel il a été hospitalisé juste après sa naissance ?

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n1

Si oui, aller à la description de son séjour dans le 1^{er} établissement d'hospitalisation, page 34.

Enfants tronc commun

Etablissement ou l'enfant a passé ses 48 premières heures consécutives **unit48** Numero établissement anonymisé

Niveau Etablissement ou l'enfant a passé ses 48 premières heures consécutives **niveau_unit48**
1 = établissement de type 1
21 = établissement de type "2A"
22 = établissement de type "2B"
3 = établissement de type 3

Enfant hospitalisé dans le même établissement pendant la 1^{ère} semaine de vie **etab_J0J7**
0 = non
1 = oui

Si oui, (les enfants transférés dans les 48 ères heures de vie ont un établissement de référence s'ils sont restés dans le même établissement jusqu'à J7.)

Numéro anonymisé de l'établissement de référence pour la 1^{ère} semaine d'hospitalisation de l'enfant **num_etab_J0J7** Numero établissement anonymisé

Niveau de l'établissement de référence pendant la 1^{ère} semaine d'hospitalisation de l'enfant **niveau_etab_J0J7**
1 = établissement de type 1
21 = établissement de type "2A"
22 = établissement de type "2B"
3 = établissement de type 3

Nbre de transferts **Neo_transf** Nbre de transferts

Si non, décrire son transfert initial depuis la maternité.

1) Transfert initial :

Etablissement de naissance : nom de la maternité, ville, n° département, en clair :

..... enr_etabnaiss

Numéro de finess= enr_finessnaiss

N° établissement anonymisé= _____ enr_numetabnaiss

Niveau= _____ enr_niveau2naiss

Date du départ _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_| neo_n15

Age au départ (en jours) _____ neo_n15b

Transport _____ |_| neo_n18
d_n18f

- 1 : SMUR route
- 2 : SMUR hélicoptère
- 3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_n19

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ |_| neo_n10

**Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie*

d_n10f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n11

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n12

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n13

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n14

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n15

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |_| neo_n16

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n17

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n18

Si oui, préciser en clair : neo_n19

2) Séjour dans le 1^{er} établissement d'hospitalisation :

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_n120 neo_n121

..... |__| |__| |__| neo_n122

Numéro finess= _____ neo_finess_etab1

Niveau= _____ neo_niveau_etab1

d_etabniv

Code anonyme établissement _____ neo_numetab1

Service d'entrée _____ |__| neo_n123

d_n123

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_n124

Date d'entrée dans le service _____ |__| |__| / |__| |__| / |__| |__| |__| |__| neo_n125

Age à l'entrée dans le service (en jours) _____ neo_n125b

Heure d'entrée dans le service _____ |__| |__| h |__| |__| min neo_n128 neo_n129

Age à l'entrée dans le 1^{er} service de néonate (en min) _____ neo_n129b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n130

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n131

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total _____ |__| |__| |__| j neo_n132

Nombre de passages en réanimation néonatale _____ |__| neo_n133

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n134

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n135

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total _____ |__| |__| |__| |__| j neo_n136

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n137

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n138

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total _____ | | | | j neo_n139

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1 _____ | | neo_n140

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_n141

Nombre de jours dans ce service au total _____ | | | | j neo_n142

Autre service 2, en clair : neo_n143

Nombre de jours dans ce service au total _____ | | | | j neo_n144

Autre service 3, en clair : neo_n145

Nombre de jours dans ce service au total _____ | | | | j neo_n146

Date de sortie de l'établissement _____ | | | / | | | / | | | | neo_n147

Age à la sortie de l'établissement (en jours) _____ neo_n147b

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ | | neo_n150

d_n150f

Si vivant, lieu de sortie _____ | | neo_n151

d_n151f

1 : Domicile

2 : Pouponnière ou autre lieu de vie

3 : Transfert dans un autre établissement*

**Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...*

4 : Autre

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)

Si autre, préciser en clair : neo_n152

3) Transfert vers un 2^{ème} établissement d'hospitalisation :

Date du départ _____ | | | / | | | / | | | | neo_n153

Age au départ (en jours) _____ neo_n153b

Service de départ _____ | | neo_n156

d_n123f

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonataux

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_n157

Transport _____ | | neo_n158

d_n18f

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_n159

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ | | neo_n160

**Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie*

d_n110f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n161

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n162

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n163

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n164

Aggravation d'une pathologie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n165

Si oui, laquelle en clair : neo_n166

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n167

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n168

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n169

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n170

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n171

Si oui, préciser en clair : neo_n172

4) Séjour dans le 2^{ème} établissement d'hospitalisation :

Ne pas comptabiliser les séjours < 24h de type « allers-retours » entre 2 sites ou 2 établissements pour réalisation par exemple d'un examen complémentaire.

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_n173 neo_n174
..... | | | | neo_n175

Numéro finess= _____ neo_finess_etab2

Niveau= _____ neo_niveau_etab2

Code anonyme établissement _____ neo_numetab2

Service d'entrée _____ | | | | neo_n176
d_n123f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_n177

Date d'entrée dans le service _____ | | | | / | | | | / | | | | | | | | neo_n178

Age à l'entrée dans le service (en jours) _____ neo_n178b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n181

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n182

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total _____ | | | | | | j neo_n183

Nombre de passages en réanimation néonatale _____ | | | | neo_n184

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n185

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n186

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total _____ | | | | | | j neo_n187

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n188

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 _____ | | | | neo_n189

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total _____ | | | | | | j neo_n190

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI91

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_nI92

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI93

Autre service 2, en clair : neo_nI94

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI95

Autre service 3, en clair : neo_nI96

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI97

Date de sortie de l'établissement _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__| neo_nI98

Age à la sortie de l'établissement (en jours) _____ neo_nI98b

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ |__| neo_nI101
d_nI50f

Si vivant, lieu de sortie _____ |__| neo_nI102
d_nI51f

1 : Domicile

2 : Pouponnière ou autre lieu de vie

3 : Transfert dans un autre établissement*

**Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...*

4 : Autre

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)

Si autre, préciser en clair : neo_nI103

5) Transfert vers un 3^{ème} établissement d'hospitalisation :

Nom établissement de départ en clair neo_nI104

Ville établissement de départ en clair neo_nI105

N° département établissement de départ en clair neo_nI106

Service de départ _____ |__| neo_nI110
d_nI23f

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nI111

Transport _____ |__| neo_nI112
d_nI8f

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nI113

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ |__| neo_nI114
**Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie*

d_nI10f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl115

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl116

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl117

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl118

Aggravation d'une pathologie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl119

Si oui, laquelle en clair : neo_nl120

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl121

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl122

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl123

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl124

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl125

Si oui, préciser en clair : neo_nl126

6) Séjour dans le 3^{ème} établissement :

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_nl127 neo_nl128
..... | | | | neo_nl129

Numéro finess=

neo_finess_etab3

Niveau= neo_niveau_etab3 d_etabniv

Code anonyme établissement neo_numetab3

Service d'entrée

| | | neo_nl130
d_nl23f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nl131

Date d'entrée dans le service | | | / | | | / | | | | neo_nl132

Age à l'entrée dans le service (en jours) neo_nl132b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl135

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl136

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total | | | | j neo_nl137

Nombre de passages en réanimation néonatale | | | neo_nl138

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl139

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl140

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total | | | | j neo_nl141

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl142

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl143

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total | | | | j neo_nl144

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl145

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_nl146

Nombre de jours dans ce service au total | | | | j neo_nl147

Autre service 2, en clair : neo_nl148

Nombre de jours dans ce service au total | | | | j neo_nl149

Autre service 3, en clair : neo_nl150

Nombre de jours dans ce service au total | | | | j neo_nl151

Date de sortie de l'établissement _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nl152**

Age à la sortie de l'établissement (en jours) _____ **neo_nl152b**

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ | | **neo_nl155**
d_nl150f

Si vivant, lieu de sortie _____ | | **neo_nl156**
d_nl151f

- 1 : Domicile
- 2 : Pouponnière ou autre lieu de vie
- 3 : Transfert dans un autre établissement*
- 4 : Autre

*Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)
Si 4, **préciser en clair** : **neo_nl157**

7) Transfert vers un 4^{ème} établissement d'hospitalisation :

Nom établissement de départ en clair **neo_nl170**

Ville établissement de départ en clair **neo_nl171**

N° département établissement de départ en clair **neo_nl172**

Date du départ _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nl173**

Age au départ (en jours) _____ **neo_nl173b**

Service de départ _____ | | **neo_nl175**
d_nl123f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nl176**

Transport _____ | | **neo_nl177**
d_nl18f

- 1 : SMUR route
- 2 : SMUR hélicoptère
- 3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nl178**

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ | | **neo_nl179**

*Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie

d_nl110f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nl180**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nl181**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ | | **neo_nl182**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl183

Aggravation d'une pathologie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl184

Si oui, laquelle en clair : neo_nl185

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl186

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl187

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl188

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl189

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl190

Si oui, préciser en clair : neo_nl191

8) Séjour dans le 4^{ème} établissement :

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_nl192 neo_nl193
..... | | | | neo_nl194

Numéro finess=

neo_finess_etab4

Niveau=

neo_niveau_etab4 d_etabniv

Code anonyme établissement

neo_numetab4

Service d'entrée

| | | neo_nl195
d_nl23f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nl196

Date d'entrée dans le service

| | | / | | | / | | | | | neo_nl197

Age à l'entrée dans le service (en jours)

neo_nl197b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1

..... | | | neo_nl199

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl200

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total | | | | | j neo_nl201

Nombre de passages en réanimation néonatale | | | neo_nl202

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1

..... | | | neo_nl203

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl204

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total | | | | | j neo_nl205

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1

..... | | | neo_nl206

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | neo_nl207

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total | | | | | j neo_nl208

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1

..... | | | neo_nl209

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_nl210

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | j neo_nl211

Autre service 2, en clair : neo_nl212

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | j neo_nl213

Autre service 3, en clair : neo_nl214

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | j neo_nl215

Date de sortie de l'établissement _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nl216**

Age à la sortie de l'établissement (en jours) _____ **neo_nl216b**

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ | | **neo_nl218**
d_nl50f

Si vivant, lieu de sortie _____ | | **neo_nl219**
d_nl51f

1 : Domicile

2 : Pouponnière ou autre lieu de vie

3 : Transfert dans un autre établissement*

**Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...*

4 : Autre

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)

Si 4, **préciser en clair** : **neo_nl220**

9) Transfert vers un 5^{ème} établissement d'hospitalisation :

Nom établissement de départ en clair **neo_nl221**

Ville établissement de départ en clair **neo_nl222**

N° département établissement de départ en clair **neo_nl223**

Date du départ _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nl224**

Age au départ (en jours) _____ **neo_nl224b**

Service de départ _____ | | **neo_nl226**
d_nl23f

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonataux

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nl227**

Transport _____ | | **neo_nl228**
d_nl8f

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nl229**

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ | | **neo_nl230**

**Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie*

d_nl10f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl231

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl232

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl233

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl234

Aggravation d'une pathologie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl235

Si oui, laquelle en clair : neo_nl236

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl237

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl238

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl239

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_n240

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nl241

Si oui, préciser en clair : neo_nl242

10) Séjour dans le 5^{ème} établissement :

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_nl243 neo_nl244
..... | | | | neo_nl245

Numéro finess=

neo_finess_etab5

Niveau=

neo_niveau_etab5 d_etabniv

Code anonyme établissement

neo_numetab5

Service d'entrée

| | | | neo_nl246
d_nl23f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nl247

Date d'entrée dans le service

..... | | | | / | | | | / | | | | | | | | neo_nl248

Age à l'entrée dans le service (en jours)

neo_nl248b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1

..... | | | | neo_nl250

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | | neo_nl251

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total | | | | | | j neo_nl252

Nombre de passages en réanimation néonatale | | | | neo_nl253

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1

..... | | | | neo_nl254

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | | neo_nl255

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total | | | | | | j neo_nl256

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1

..... | | | | neo_n257

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 | | | | neo_nl258

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total | | | | | | j neo_nl259

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1

..... | | | | neo_nl260

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_nl261

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | | j neo_nl262

Autre service 2, en clair : neo_nl263

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | | j neo_nl264

Autre service 3, en clair : neo_nl265

Nombre de jours dans ce service au total | | | | | | j neo_nl266

Date de sortie de l'établissement _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nI267**

Age à la sortie (en jours) _____ **neo_nI267b**

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ | | **neo_nI269**
d_nI50f

Si vivant, lieu de sortie _____ | | **neo_nI270**
d_nI51f

1 : Domicile

2 : Pouponnière ou autre lieu de vie

3 : Transfert dans un autre établissement*

**Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...*

4 : Autre

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)

Si 4, **préciser en clair** : **neo_nI271**

11) Transfert vers un 6^{ème} établissement d'hospitalisation :

Nom établissement de départ en clair **neo_nI272**

Ville établissement de départ en clair **neo_nI273**

N° département établissement de départ en clair **neo_nI274**

Date du départ _____ | | | / | | | / | | | | | **neo_nI275**

Age au départ (en jours) _____ **neo_nI275b**

Service de départ _____ | | **neo_nI277**
d_nI23f

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonataux

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nI278**

Transport _____ | | **neo_nI279**
d_nI8f

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : **neo_nI280**

Transfert : ascendant* = 1, descendant = 2, autre = 3 _____ | | **neo_nI281**

**Ascendant = besoins de plus de soins ou d'un plateau technique adapté à la pathologie*

d_nI10f

Motif(s) de transfert :

Noter tous les motifs qui ont conduit au transfert.

Pathologie(s) :

Prématurité : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI282

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI283

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI284

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI285

Aggravation d'une pathologie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI286

Si oui, laquelle en clair : neo_nI287

Besoin de soins complémentaires :

Chirurgie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI288

Besoin d'une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI289

Organisationnel(s) :

Manque de place : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI290

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI291

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI292

Si oui, préciser en clair : neo_nI293

12) Séjour dans le 6^{ème} établissement :

Etablissement : nom de l'établissement, ville, n° département, en clair :

..... neo_nl294 neo_nl295
..... | | | | neo_nl296

Numéro finess=

neo_finess_etab6

Niveau=

neo_niveau_etab6 d_etabniv

Code anonyme établissement

neo_numetab6

Service d'entrée

| | | | neo_nl297
d_nl23f

- 1 : Réanimation néonatale
- 2 : Unité de soins intensifs néonataux
- 3 : Médecine néonatale
- 4 : Autre

Si autre, préciser en clair : neo_nl298

Date d'entrée dans le service

| | | | / | | | | / | | | | | | | | neo_nl299

Age à l'entrée dans le service (en jours)

neo_nl299b

Au cours du séjour dans cet établissement, l'enfant a-t-il été hospitalisé en :

Réanimation néonatale : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl301

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl302

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total

| | | | | | | | j neo_nl303

Nombre de passages en réanimation néonatale

| | | | neo_nl304

Soins intensifs néonataux : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl305

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl306

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonataux au total

| | | | | | | | j neo_nl307

Médecine néonatale : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl308

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1

| | | | neo_nl309

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total

| | | | | | | | j neo_nl310

Autre(s) service(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nI311

Si oui,

Autre service 1, en clair : neo_nI312

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI313

Autre service 2, en clair : neo_nI314

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI315

Autre service 3, en clair : neo_nI316

Nombre de jours dans ce service au total _____ |__|__|__| j neo_nI317

Date de sortie de l'établissement _____ |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| neo_nI318

Age à la sortie (en jours) _____ neo_nI318b

Mode de sortie : vivant = 1, décédé = 2 _____ |__| neo_nI320
d_nI50f

Si vivant, lieu de sortie _____ |__| neo_nI321
d_nI51f

1 : Domicile

2 : Pouponnière ou autre lieu de vie

3 : Transfert dans un autre établissement*

**Ne pas comptabiliser en transfert les allers-retours entre site ou établissement pour des séjours < 24h, par exemple pour examen complémentaire...*

4 : Autre

Si 1 ou 2, passer à la page 41 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »)

Si 4, préciser en clair : neo_nI322

LIMITATION OU ARRÊT DES TRAITEMENTS ACTIFS

Y a-t-il eu une discussion de limitation ou d'arrêt des traitements actifs de réanimation en réanimation néonatale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm1

Si non, aller à la rubrique suivante page 41 ou 43 (« conditions de sortie de l'enfant à domicile »/ « enfant décédé en néonatalogie »)

Si oui,

Processus de prise de la décision :

Motif(s) de la discussion :

Traitements devenus inefficaces pour la survie de l'enfant : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm2

Pronostic de mauvaise qualité de vie future en cas de survie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm3

Traitements disproportionnés : lourdeur des traitements actuels ou à entreprendre : non = 0, oui = 1 |__| neo_nm4

Si traitements disproportionnés ou mauvais pronostic et maladie incompatible avec une qualité de vie acceptable liés à :

Pathologie neurologique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm5

Pathologie respiratoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm6

Pathologie digestive : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm7

Pathologie multiviscérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm8

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm9

Si oui, préciser en clair : neo_nm10

Ya-t-il eu une(des) réunion(s) où une limitation ou un arrêt des traitements actifs a été discuté pour cet enfant : non = 0, oui = 1, information non disponible = 2 _____ |__| neo_nm11

Si oui,

Nombre de réunions où le cas de cet enfant a été discuté _____ |__| neo_nm12

Le contenu d'une (ou plusieurs) réunion(s) est-il retranscrit dans le dossier : non = 0, oui = 1 |__| neo_nm13

Y a-t-il eu un (ou plusieurs) entretien(s) préalable(s) à la décision avec le ou les parents :

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm14

Si oui, avec : le père = 1, la mère = 2, le père et la mère ensemble = 3 _____ |__| neo_nm15
d_nm15f

Les parents ont-ils d'emblée exprimé une demande avant toute discussion : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nm16

Degré d'implication des parents dans la décision _____ |__| neo_nm17
d_nm17f

- 1 : Les parents n'ont pas été informés de la prise d'une décision
- 2 : Les parents ont été informés, sans qu'un avis leur ait été demandé
- 3 : Les parents ont été informés, leur avis a été recueilli indirectement
- 4 : Les parents ont été informés et leur accord a été recueilli

Opinion des parents :

Poursuite complète des traitements curatifs : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm18**

Abstention, limitation ou interruption médicale : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm19**

S'en remettent à l'avis médical : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm20**

Opposés à l'avis médical : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm21**

Information non disponible dans le dossier : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm22**

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm23**

Si autre, préciser en clair : **neo_nm24**

.....

Quelle a été la décision finale :

Pas de décision possible (manque de consensus ou d'éléments nécessaires) : non = 0, oui = 1 |__| **neo_nm25**

Décision de limitation ou d'arrêt de traitement actif : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm26**

Décision d'administrer des médicaments analgésiques ou sédatifs au risque de provoquer le décès :
non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm27**

Décision de poursuite de la réanimation (et instauration de tous les traitements nécessaires, sans limitation) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm28**

Si décision de limitation ou arrêt de traitement actif :

Abstention en cas d'arrêt cardio-circulatoire : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm29**

Limitation de mise en place de nouveaux traitements (ex : réintubation, chirurgie, drainage, transfusions, etc.) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm30**

Interruption de traitement(s) en cours (ex : extuber, arrêter l'alimentation artificielle, etc.) :
non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm31**

Motifs médicaux finaux de la décision :

Incertitude diagnostique et/ou pronostique : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm32**

« Projet thérapeutique acceptable » (pas de disproportion avantages/risques à poursuivre les traitements actifs) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm33**

« Projet thérapeutique inacceptable » (disproportion avantages/risques à poursuivre les traitements actifs) :
non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm34**

Aucune survie possible « no chance to survive » (NCTS) : non = 0, oui = 1 _____ |__| **neo_nm35**

Date de la prise de décision finale _____ |__|/|__|/|__| |__| **neo_nm36**

Age à la prise de décision finale (en jours) _____ **neo_nm36b**

CONDITIONS DE SORTIE DE L'ENFANT A DOMICILE

Date de sortie _____ | | | / | | | / | | | | **neo_nn1**

Age à la sortie (en jours) _____ **neo_nn1b**

Poids de sortie _____ | | | | | g **neo_nn4**

PC de sortie _____ | | | | cm **neo_nn5**

Taille de sortie _____ | | | | cm **neo_nn6**

Pression artérielle moyenne* vérifiée (PAM) _____ | | | | mmHg **neo_nn7**

**Première pression artérielle moyenne de la journée*

Enregistrement cardio-respiratoire particulier en pré-sortie de néonatalogie : non = 0, oui = 1 | | | **neo_nn8**

Si oui, préciser en clair : **neo_nn9**

.....

Nombre d'établissements dans lesquels l'enfant a été hospitalisé _____ | | | **neo_nn10**

Traitements à la sortie :

Traitement du RGO : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn11**

Si oui,

Epaississant : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn12**

Prokinétique : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn13**

Anti-acide (type omeprazole) : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn14**

Traitement des apnées/bradycardies : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn15**

Si oui,

Caféine : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn16**

Doxapram : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn17**

O2 : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn18**

Monitoring : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn19**

Si oui,

Scope : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn20**

Saturomètre : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn21**

Traitement antihypertenseur : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn22**

Prescription de Synagis® : non = 0, oui = 1 _____ | | | **neo_nn23**

Alimentation :

L'enfant est-il encore alimenté par sonde gastrique : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn24

Si non, date de fin de sonde gastrique _____ |__|/|__|/|__| |__| neo_nn25

Age à la fin de sonde gastrique (en jours) _____ neo_nn25b

L'enfant tète-t-il directement le sein : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn28

Si oui, la tétée représente la totalité de l'alimentation entérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn29

En cas d'alimentation à la place ou en complément de l'allaitement au sein précisez les laits (y compris de lactarium, lait de mère personnalisé donné en dehors de la tétée) :

Type de lait n°1 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |__| |__| |__| |__| neo_nn30

Quantité prescrite pour 24h _____ |__| |__| |__| ml neo_nn31

Type de lait n°2 (cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires) _____ |__| |__| |__| |__| neo_nn32

Quantité prescrite pour 24h _____ |__| |__| |__| ml neo_nn33

Allaitement à la sortie de néonatalogie
(variable A.Mitha)

neo_allaitclasse

0 : pas d'allaitement maternel

1 : allaitement mixte (maternel + artificiel)

2 : allaitement exclusif

Suivi de l'enfant :

L'enfant sort-il avec une HAD : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn34

Une visite à domicile d'un personnel de la PMI est-elle prévue : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn35

Des informations sur le suivi de l'enfant dans le cadre du réseau ont-elles été données aux parents pendant le séjour : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn36

Les parents ont-ils reçu une liste des services et médecins pouvant assurer le suivi : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn37

L'enfant va-t-il entrer dans le réseau de suivi : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn38

Si non, pourquoi _____ |__| neo_nn39
d_nn39f

- 1 : Pas de réseau de suivi
- 2 : Non proposé aux parents par oubli
- 3 : Non proposé, car l'enfant n'entre pas dans les critères
- 4 : Refus des parents

Un premier rendez-vous de suivi de l'enfant a-t-il été fixé : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_nn40

Si oui, où _____ |__| neo_nn41
d_nn41f

- 1 : Le service de néonatalogie
- 2 : Un autre service de l'hôpital
- 3 : Le CAMSP
- 4 : Un médecin de ville

Si 2 ou 3, préciser lequel en clair : neo_nn42

ENFANT DECEDE EN REANIMATION NEONATALE / NEONATOLOGIE

Enfant décédé : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no1

Si oui, le décès fait-il suite à une décision d'arrêt, d'abstention ou de limitation des thérapeutiques de réanimation - sauf phase agonique (processus de décès irréversible) : non = 0, oui = 1 |__| neo_no2

Si non, aller directement à la page 44 à l'item « Date du décès de l'enfant »

Si oui,

Modalités de décès en cas de limitation abstention ou arrêt des thérapeutiques de réanimation :

Des traitements ont-ils été arrêtés : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no3

Si oui,

Retrait de la VNI (VS PEEP ou Infant flow) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no4

Sevrage d'oxygène : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no5

Déventilation progressive (« terminal weaning ») : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no6

Extubation : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no7

Arrêt des amines vaso-actives : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no8

Arrêt de la nutrition parentérale : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no9

Arrêt de l'alimentation entérale au sein ou biberon (si en cours précédemment) : non = 0, oui = 1,
pas d'alimentation entérale = 2 _____ |__| neo_no10
d_no10f

Date de début du processus d'arrêt des thérapeutiques _____ |...| neo_no11

Age au début du processus d'arrêt des thérapeutiques (en jours) _____ neo_no11b

Des traitements ont été limités : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no14

Si oui,

Ne pas intuber si besoin : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no15

Ne pas mettre en VNI si besoin : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no16

Ne pas fermer canal chirurgicalement : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no17

Ne pas opérer entérocolite : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no18

Ne pas drainer hydrocéphalie : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no19

Ne pas mettre d'antibiotiques : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no20

Autre : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no21

Si oui, préciser en clair : neo_no22

Date de début du processus de limitation des thérapeutiques _____ |...| neo_no23

Age au début du processus de limitation des thérapeutiques (en jours) _____ neo_no23b

Des traitements analgésiques et/ou sédatifs ou autres ont-ils été ajoutés ou augmentés à la suite de la décision de limitation ou d'arrêt de certains traitements : non = 0, oui = 1 |__| neo_no26

Si oui, lesquels :

Benzodiazépines : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no27

Phénobarbital : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no28

Morphiniques : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no29

Thiopenthal : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no30

Curare : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no31

Autre(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no32

Si oui, préciser en clair : neo_no33

Les doses ont été proportionnées aux besoins de sédation/analgésie : non = 0, oui = 1 __ |__| neo_no34

Si non, a-t-il été nécessaire d'intensifier le traitement : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no35

Rapport écrit dans le dossier sur la durée de vie de l'enfant et les moyens mis en œuvre :

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no36

Date du décès de l'enfant _____ |__|/|__|/|__| |__| neo_no37

Heure et minute du décès de l'enfant _____ |__| h |__| min neo_no40 neo_no41

Age au décès de l'enfant _____

agedcjour : âge du décès en jour (= date de décès - date de naissance : pour tous les enfants nés vivants décédés en maternité ou néonate pas de données manquantes, ! ne tient pas compte des heures exemple : enfant né le 20 janvier et décédé le 21 janvier => AGE AU Décès = 1 jours qqsoit l'heure de naissance et de décès)

agedcheure : âge du décès en heure (arrondi à 1 chiffre après la virgule, manquant si heure de naissance ou de décès sont manquantes)

Age au décès de l'enfant _____ |__| |__| neo_age_dc_rea
(enfants décédés en réanimation néonatale N = 413 enfants)

- 1 : Décès entre J0-J2
- 2 : Décès entre J3-J7
- 3 : Décès entre J8-J28
- 4 : Décès ≥ J29

Les parents ont-ils été présents au moment du décès : non = 0, oui = 1,

information non disponible = 2 _____ |__| neo_no42

Si oui,

Le père : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no43

La mère : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no44

Mise dans les bras avant le décès ou décès dans les bras d'un ou des deux parents :

non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no45

Au moment du décès, l'enfant a-t-il été placé dans une chambre seul : non = 0, oui = 1 __ |__| neo_no46

Enfant décédé avant 36 SA d'âge corrigé _____ |__| neo_dc36SA
(enfants du tronc commun, variable créée par Héloïse Torchin)

0 : Enfant vivant à 36 SA d'âge corrigé

1 : Décès avant 36 SA (enfants morts-nés, décédés en salle de naissance ou en néonatalogie)

Causes du décès (enchaînement des causes suivant le certificat de décès) :

Causes d'origine fœtale ou néonatale

Cause d'origine fœtale ou néonatale ayant directement provoqué le décès en clair : neo_no47

Due à neo_no48

Autre(s) cause(s) associée(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no49

Si oui, **préciser en clair :** neo_no50

Causes de décès en réanimation néonatale _____ |__| neo_cause_dc_rea
(enfants décédés en réanimation néonatale N = 413 enfants, variable créée par Anaëlle Coquelin)

1 : Immaturity

2 : Respiratory distress syndrome

3 : Necrotizing enterocolitis (NEC)

4 : Infection

5 : CNS Injury

6 : Other

7 : Unknown

8 : Congenital anomaly

(Classification des causes de décès à partir de la classification de l'article du New England : Causes and Timing of Death in Extremely Premature Infants from 2000 through 2011)

Causes d'origine obstétricale ou maternelle

Cause d'origine obstétricale ou maternelle déterminante de la mort en clair : neo_no51

Autre(s) cause(s) associée(s) : non = 0, oui = 1 _____ |__| neo_no52

Si oui, **préciser en clair :** neo_no53

Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée _____ |__| neo_no54
d_no54f

0 : non

1 : oui, résultat non disponible

2 : oui, résultat disponible

Si résultat disponible, préciser

|__| neo_no55
d_no55f

1 : L'autopsie établit la cause du décès

2 : L'autopsie confirme la cause suspectée du décès

3 : L'autopsie est non informative

SYNTHESE

Morbidité néonatale sévère en oui/non

neo_morbidite

Lésions cérébrales sévères (HIV3, HIV4, leucomalacie cavitaire) et /ou bronchodysplasie sévère,
et /ou rétinopathie de stade 3 ou + ou traitement laser et /ou enterocolite ulcéro-nécrosante stade 2 ou 3.

! variable corrigée : si enfant 32/33/34 SA et pas d'ETF => lesion cérébrale= NON

si enfant 32/33/34 SA et pas de recherche de retino => retino= NON