

<b>VARIABLES SURLIGNEES</b>	<b>Variable indirectement identifiante – Transmise sous condition</b>
<b>VARIABLES</b>	<b>Nom de Variable</b>
<i>MODALITÉS DE RÉPONSES</i>	<b>Nom du Dictionnaire</b>
Encadrements	<b>Bloc conditionnel</b>
<b><i>Variables en rouge</i></b>	<b>Variables de synthèse</b>

## FICHE CERTIFICAT DE SANTE DU 8<sup>ème</sup> JOUR CS8

(A remplir en cas de refus de participation ou d'accouchement sous X)

Date de naissance de l'enfant corrigée (JJ/MM/AAA) : / /  COR\_DDN\_ENFANT

Sexe de l'enfant corrigé: \_\_\_\_\_ |\_\_| COR\_SEXE\_ENFANT

1 : Masculin      2 : Féminin      3 : Indéterminé      *D\_SEXE*

### FAMILLE

Date de naissance de la mère corrigée (JJ/MM/AAA) : / /  COR\_DDN\_MERE

### RUBRIQUE A NE PAS REMPLIR EN CAS D'ACCOUCHEMENT SOUS X

Quelle est la profession de la mère, ou la dernière profession exercée ?

En clair : ..... CS8\_MA15

Coder : \_\_\_\_\_ |\_\_| CS8\_MA16

- <sub>1</sub> : agricultrice
- <sub>2</sub> : artisan, commerçante *D\_PROFESSION*
- <sub>3</sub> : cadre (profession libérale, professeur, ingénieur ...)
- <sub>4</sub> : profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)
- <sub>5</sub> : employée de la fonction publique ou administrative des entreprises
- <sub>6</sub> : employée de commerce
- <sub>7</sub> : personnel de service pour les particuliers
- <sub>8</sub> : ouvrière qualifiée
- <sub>9</sub> : ouvrière non qualifiée
- <sub>10</sub> : sans profession

Quelle est la profession du conjoint/partenaire, ou la dernière profession exercée ? (en clair) :

En clair : ..... CS8\_MA18

Coder : \_\_\_\_\_ |\_\_| CS8\_MA19

- <sub>1</sub> : agriculteur
- <sub>2</sub> : artisan, commerçant
- <sub>3</sub> : cadre (profession libérale, professeur, ingénieur ...) *D\_PROFESSION*
- <sub>4</sub> : profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître...)
- <sub>5</sub> : employé de la fonction publique ou administrative des entreprises
- <sub>6</sub> : employé de commerce
- <sub>7</sub> : personnel de service pour les particuliers
- <sub>8</sub> : ouvrier qualifié
- <sub>9</sub> : ouvrier non qualifié
- <sub>10</sub> : sans profession \_\_\_\_\_

**DONNEES MEDICALES CONCERNANT LA MERE****Antécédents obstétricaux**

Nombre de grossesses antérieures : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **CS8\_MB17**

**Grossesse actuelle**

Première consultation pour cette grossesse avant 15 SA, quel que soit le lieu : \_0 non \_1 oui **CS8\_MC1**

Echographie 1<sup>er</sup> Trimestre : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MC19**

↪ Si oui, LCC mesurée : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| mm **CS8\_MC26**

Clarté nucale : \_\_\_\_\_ |\_\_|,|\_\_| mm **CS8\_MC27**

HBV positif : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MH28**

Tabac pendant la grossesse (même durée courte) : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MC3**

↪ Si oui, nombre moyen de cigarettes par jour \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **CS8\_MC4**

**Pathologies au cours de la grossesse :**

Diabète gestationnel \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MH25**

HTA pendant la grossesse (PAS>=14mmHg et/ou PAD>=90mmHg) : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MH26**

Autres pathologies : ..... **CS8\_1**

..... **CS8\_2**

Hospitalisation(s) au cours de la grossesse : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MH1**

(en dehors de l'hospitalisation se terminant par l'accouchement)

1 : rpm

4 : métrorragies *D\_HOSPMOTIF*

2 : infection

5 : autre

3 : pathologie hypertensive

↪ Si oui,

Hospitalisation 1 : Motif *D\_HOSPMOTIF* \_\_\_\_\_ |\_\_| **CS8\_MH5**

Si autre, préciser ..... **CS8\_MH6**

Hospitalisation 2 : Motif *D\_HOSPMOTIF* \_\_\_\_\_ |\_\_| **CS8\_MH10**

Si autre, préciser ..... **CS8\_MH11**

Hospitalisation 3 : Motif *D\_HOSPMOTIF* \_\_\_\_\_ |\_\_| **CS8\_MH15**

Si autre, préciser ..... **CS8\_MH16**

Transfert in utero (TIU) d'un autre établissement ? \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui **CS8\_MJ13**

Un transfert est :

- un changement d'établissement d'hospitalisation (n° finess géographique différent)

- par un vecteur de transport spécifique (exclusion du véhicule personnel) : SAMU/SMUR, Ambulance

- avec ou sans accompagnant médicalisé (médecin, sage femmes) ou infirmier

## Accouchement

Accouchement multiple ? \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MK38A**

Présentation diagnostiquée avant l'accouchement et d'éventuelles manœuvres : **CS8\_MM10**  
<sub>1</sub> céphalique <sub>2</sub> siège <sub>3</sub> autre *D\_PRESENTATION*

Travail : <sub>1</sub> spontané <sub>2</sub> déclenché <sub>3</sub> césarienne avant travail *D\_TRAVAILMOD* **CS8\_ML12**

Rupture prématurée des membranes (RPM) : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MJ32**  
*(Rupture des membranes au moins 12h avant l'entrée en travail)*

### Analgésie :

Anesthésie péridurale : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_ML63**

Rachianesthésie : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_ML64**

Anesthésie Générale (AG) : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_ML65**

Mode d'accouchement : <sub>1</sub> voie basse non instrumentale *D\_ACCVOIE1F* **CS8\_MM11**  
<sub>2</sub> voie basse instrumentale  
<sub>3</sub> césarienne

↳ **si césarienne**, indication de la césarienne (2 réponses possibles) **CS8\_MM28**  
**CS8\_MM29**

<sub>1</sub> : Systématique pour terme ou présentation fœtale ou grossesse multiple

<sub>2</sub> : Anomalies du RCF pendant le travail *D\_INDICESA*

<sub>3</sub> : Stagnation de la dilatation

<sub>5</sub> : Autre pathologie fœtale (rciu, etc)

<sub>6</sub> : Autre pathologie maternelle (préclampsie, etc)

<sub>7</sub> : Autre, précisez : .....

**CS8\_MM28A**  
**CS8\_MM29A**

## DONNEES MEDICALES CONCERNANT L'ENFANT :

### Etat de l'enfant à la naissance

Poids mesuré en salle de naissance (grammes) : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **CS8\_MP3**

Périmètre crânien (cm) : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **CS8\_NB4**

Score d'Apgar à 1 min \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **CS8\_MP8**

Score d'Apgar à 5 min : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **CS8\_MP9**

Oxygénation : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MP14**

Application de Pressions Positives : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MP15**

Intubation trachéale : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MP16**

Massage cardiaque : \_\_\_\_\_ <sub>0</sub> non <sub>1</sub> oui **CS8\_MP26**

### Etablissement de naissance :

Région de naissance anonymisée \_\_\_\_\_ |\_\_| **ENR\_NUMREGNAISS**

Etablissement de naissance anonymisé \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **ENR\_NUMETABNAISS**

L'enfant est-il né dans l'établissement dans lequel il a été hospitalisé juste après sa naissance ? \_0 non \_1 oui

CS8\_NL1

↳ Si non,

**Etablissement 1<sup>ère</sup> hospitalisation :**

Nom de l'établissement .....	CS8_NL20
Ville de l'établissement .....	CS8_NL21
N° département de l'établissement.....	CS8_NL22
N° finess _____ _ _ _	CS8_FINESS_ET AB1
Niveau _____ _ _	CS8_NIVEAU_ET AB1
Code anonyme établissement _____ _ _	CS8_numetab1
<b>Service d'entrée :</b> _____ _	CS8_NL23
<input type="checkbox"/> _1: Réanimation néonatale <input type="checkbox"/> _2: Unité de soins intensifs néonataux	D_NL23F
<input type="checkbox"/> _3 : Médecine néonatale <input type="checkbox"/> _4 : Autre, préciser .....	CS8_NL24

**Pathologies de la première semaine de vie**

Oxygénothérapie _____	<input type="checkbox"/> _0 non <input type="checkbox"/> _1 oui	CS8_3
Intubation _____	<input type="checkbox"/> _0 non <input type="checkbox"/> _1 oui	CS8_4
Antibiothérapie (de plus de 48 heures) _____	<input type="checkbox"/> _0 non <input type="checkbox"/> _1 oui	CS8_5
Pathologie neurologique _____	<input type="checkbox"/> _0 non <input type="checkbox"/> _1 oui	CS8_6
Urgence chirurgicale _____	<input type="checkbox"/> _0 non <input type="checkbox"/> _1 oui	CS8_7
Autres, préciser : .....		CS8_8
.....		CS8_9

Anomalies Congénitales \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui CS8\_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 <sup>ère</sup> malformation : .....	CS8_NI2
.....	
2 <sup>ème</sup> malformation : .....	CS8_NI3
.....	
3 <sup>ème</sup> malformation : .....	CS8_NI4
.....	
4 <sup>ème</sup> malformation : .....	CS8_NI5
.....	
5 <sup>ème</sup> malformation : .....	CS8_NI6
.....	



Autre(s) cause(s) associée(s) : \_\_\_\_\_ \_0 non \_1 oui

CS8\_NO52

CS8\_NO53

Si oui, préciser en clair : .....

.....

.....