****

****

**QUESTIONNAIRE NEONATOLOGIE**

**annoté**

**Données à recueillir à partir**

**du dossier néonatal**

**et de l’équipe de néonatologie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Variables surlignées en rouge** | **Variables identifiantes – Non transmises** |
| **Variables surlignées en jaune** | **Variables indirectement identifiantes – Transmises sous condition** |
| ***Variables en vert*** | **Variables calculées** |
| ***Variables en marron*** | **Variables de synthèse** |
| ***Modalités de réponses (d\_variable)*** | **Dictionnaire** |
| Encadrements en violet  | **Blocs conditionnels** |

**Table des matières**

**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**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ **enr\_code\_enfant**

**Identifiant de la maman**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ **enr\_code\_mere**

**Date de naissance de l’enfant**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **cor**\_**ddn\_enfant**

**L’enfant participe-t-il à un essai clinique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 1er service d’hospitalisation :*

**Poids de naissance corrigé l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l gcor*\_*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** l\_\_l\_\_l cm **neo\_pcnce**

**Température** l\_\_l\_\_l,l\_\_l°C **neo\_nb5**

**Base déficit max. dans les 12 premières heures** l\_\_l\_\_l, l\_\_l mmol/l **neo\_nb6**

**Développement pulmonaire et complications respiratoires**

Surfactant

**Surfactant administré, y compris en salle de naissance** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc1**

Si oui :

Type de surfactant : Curosurf® = 1, autre = 2 l\_\_l **neo\_nc2**

 *d\_nc2f*

Age à la première dose l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l min **neo\_nc3 neo\_nc4**

Première dose administrée en : salle de naissance = 1, néonatologie = 2 l\_\_l **neo\_nc5**

 ***d\_nc5f***

Dose à la première administration l\_\_l\_\_l\_\_l mg/kg **neo\_nc6**

Administration de surfactant suivi d’une extubation immédiate (INSURE) : non=0, oui=1 l\_\_l **neo\_nc7**

Nombre total de doses administrées l\_\_l **neo\_nc8**

Age à la deuxième dose l\_\_l\_\_l h **neo\_nc9**

Age à la troisième dose l\_\_l\_\_l\_\_l h **neo\_nc10**

Ventilation

**Durée cumulée d’assistance respiratoire :**

Par ventilation mécanique (VM) l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nc11**

Par ventilation non invasive (VNI) l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nc12**

Par oscillation à haute fréquence (OHF) l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nc13**

**Oscillation à haute fréquence (OHF) < J8** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc14**

Si oui, indication : en premier = 1, rescue = 2 l\_\_l **neo\_nc15**

 ***d\_nc15f***

**Date de la première extubation**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc16**

***Age à la première extubation (en jours) neo\_nc16b***

**Date de l’extubation définitive**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc19**

***Age à l’extubation définitive (en jours) neo\_nc19b***

**Age à la première mise sous CPAP**  l\_\_l\_\_l j l\_\_l\_\_l h **neo\_nc22 neo\_nc23**

**Date d’arrêt définitif de la CPAP**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc24**

***Age à l’arrêt définitif de la CPAP (en jours) neo\_nc24b***

**Date du sevrage définitif en oxygénothérapie (FiO2 = 21%)**  l\_\_...\_\_l **neo\_nc27**

***Age du sevrage définitif en oxygénothérapie (FiO2 = 21%) (en jours) neo\_nc27b***

**Date d’arrêt définitif de l’O2 sous-nasal (lunettes)**  l\_\_...\_\_l **neo\_nc30**

***Age à l’arrêt définitif de l’O2 sous-nasal (en jours) neo\_nc30b***

|  |
| --- |
| *Enfants tronc commun nés vivants et admis en néonatologie (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 l\_\_l **neo\_nc33**

Si oui :

Maladie des membranes hyalines : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc34**

Hémorragie pulmonaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc35**

Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) prouvée : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc36**

Si oui :

Par échographie cardiaque : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc37**

Par différentielle SpO2 pré et post ductale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc38**

Pneumothorax : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc39**

Extubation accidentelle nécessitant une ré-intubation : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc40**

Corticothérapie post natale (CPN)

**Administration d’hémisuccinate d’hydrocortisone (HSHC)**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc41**

Si oui, indication  l\_\_l **neo\_nc42**

 ***d\_nc42f***

1 : Prévention de la dysplasie broncho-pulmonaire

2 : Substitutif

3 : Hémodynamique

**Utilisation de CPN** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc43**

Si oui, molécule : Dexaméthasone = 1, Bétaméthasone = 2, les deux = 3 l\_\_l **neo\_nc44**

 ***d\_nc44f***

*Cure n°1 de CPN :*

**Voie d’administration** : générale = 1, inhalée = 2 l\_\_l **neo\_nc45**

 ***d\_nc45f***

**Indication**  l\_\_l **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 l\_\_l\_\_l % **neo\_nc48**

Oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 l\_\_l **neo\_nc49**

 ***d\_nc49f***

**Date de début de la corticothérapie**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc50**

***Age au début de la corticothérapie (en jours) neo\_nc50b***

**Date de fin de la corticothérapie**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc53**

***Age à la fin de la corticothérapie (en jours) neo\_nc53b***

**Dose max utilisée**  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mg/kg/j **neo\_nc56**

**Dose cumulée de la cure n°1**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg **neo\_nc57**

**Arrêt prématuré de la cure n°1**:non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc58**

*Total des cures si plus d’une :*

**Voie d’administration** : générale = 1, inhalée = 2, les deux = 3 l\_\_l **neo\_nc59**

 ***d\_nc59f***

**Date de sevrage définitif de la corticothérapie**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc60**

***Age au sevrage définitif de la corticothérapie (en jours) neo\_nc60b***

**Dose max utilisée**  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l\_\_l mg/kg/j **neo\_nc63**

**Dose cumulée totale en systémique**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/kg **neo\_nc64**

**Dose cumulée totale en inhalé**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/kg **neo\_nc65**

Monoxyde d’azote inhalé (iNO)

**Utilisation de iNO** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc66**

Si oui :

**Indication** :

Anti-inflammatoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc67**

Hypoxémie réfractaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc68**

Si oui, associée à une HTAP : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc69**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc70**

Si oui, préciser en clair : ….  **neo\_nc70a**

**Indication toujours posée à l’échographie cardiaque** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc71**

**Date de début**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc72**

***Age au début (en jours) neo\_nc72b***

**Date du sevrage définitif**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc75**

***Age au sevrage définitif (en jours) neo\_nc75b***

**Dose maximale utilisée**  l\_\_l\_\_l ppm **neo\_nc78**

Dysplasie broncho-pulmonaire

**Nombre de jours d’O2 de la naissance à J28** l\_\_l\_\_l j **neo\_nc79**

**Enfant recevant de l’O2 à J28** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc80**

***Enfant recevant de l’O2 à J28 : non = 0, oui = 1 l\_\_l neo\_O2J28***

Si oui, type d’oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 l\_\_l **neo\_nc81**

 ***d\_nc81f***

***Assistance respiratoire ou O2 à J28*** *non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_bdpj28***

**Nombre de jours d’O2 de la naissance à S36** l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nc82**

**Enfant recevant de l’O2 à S36** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc83**

***Enfant recevant de l’O2 à S36 : non = 0, oui = 1 l\_\_***l ***neo\_O2S36***

Si oui, type d’oxygénothérapie : lunettes = 1, CPAP = 2, VM = 3 l\_\_l **neo\_nc84**

 ***d\_nc84f***

**FiO2 à S36**  l\_\_l\_\_l % **neo\_nc85**

***FiO2 à S36 l\_\_l\_\_l % neo\_fio2***

**Test de Walsh fait à S36\*** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 % l\_\_l\_\_l **neo\_nc87**

Sevrage de l’O2 suite au test : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc88**

Si non, préciser la cause en clair :…………………………………………………………….. **neo\_nc89**

***Dysplasie broncho-pulmonaire en 4 stades***  *l\_\_l* ***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***  *l\_\_l* neo\_DBP\_S36

***(enfants vivants à S36, variable créée par Héloïse 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*  *l\_\_l* ***neo\_bdpsevere***

 ***d\_yorn***

Synagis®

**L’enfant a-t-il reçu du Palivizumab (Synagis®)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nc90**

Si oui, date  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nc91**

***Age au moment du Synagis neo\_nc91b***

**Evaluation neurologique du nouveau-né**

Echographie transfontanellaire (ETF)

*ETF réalisée(s) pendant la 1ère semaine de vie :* non = 0, oui = 1  l\_\_l **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 l\_\_l neo\_nd2

Si oui,

**Stade le plus élevé** l\_\_l **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  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd4**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd5**

**Présence d’anomalies parenchymateuses** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd6**

Si oui,

**Hyperéchogénicités\* périventriculaires « précoces »** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd7**

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

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd8**

 ***d\_nd8f***

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd9**

**Cavitation(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd10**

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 l\_\_l **neo\_nd11**

 ***d\_nd11f***

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd12**

 ***d\_nd12f***

Si unilatérales, porencéphalie: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd13**

**Autre(s) anomalie(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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*** *l\_\_l* ***neo\_kyste\_1***

*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 l\_\_l* ***neo\_vaisso\_1***

***Présence d’une dilatation ventriculaire*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_dilatation\_1***

***Présence d’une anomalie des noyaux gris centraux (ngc)*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_ngc\_1***

***Présence d’une anomalie du cervelet*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_cervelet\_1***

***Présence d’une hémorragie bilatérale*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_volpebilat\_1***

*ETF réalisée(s) pendant la 2ème semaine de vie :* non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nd17**

Si oui,

**Stade le plus élevé** l\_\_l **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  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd19**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd20**

**Présence d’anomalies parenchymateuses** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd21**

Si oui,

**Hyperéchogénicités\* périventriculaires** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd22**

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

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd23**

 ***d\_nd8f***

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd24**

**Cavitation(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd25**

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 l\_\_l **neo\_nd26**

 ***d\_nd11f***

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd27**

 ***d\_nd12f***

Si unilatérales, porencéphalie: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd28**

**Autre(s) anomalie(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l 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* ***l\_\_l neo\_vaisso\_2***

***Présence d’une dilatation ventriculaire :*** *non = 0, oui = 1* ***l\_\_l neo\_dilatation\_2***

***Présence d’une anomalie des noyaux gris centraux (ngc) :*** *non = 0, oui = 1* ***l\_\_l neo\_ngc\_2***

***Présence d’une anomalie du cervelet :*** *non = 0, oui = 1* ***l\_\_l neo\_cervelet\_2***

***Présence d’une hémorragie bilatérale :*** *non = 0, oui = 1* ***l\_\_l neo\_volpebilat\_2***

*ETF réalisée(s) pendant la 3ème semaine de vie :* non = 0, oui = 1 l\_\_l 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 l\_\_l **neo\_nd32**

Si oui,

**Stade le plus élevé**  l\_\_l 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  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd34**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd35**

**Présence d’anomalies parenchymateuses** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd36**

Si oui,

**Hyperéchogénicités\* péri ventriculaires** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd37**

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

Si oui, unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd38**

 ***d\_nd8f***

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd39**

**Cavitation(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd40**

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 l\_\_l **neo\_nd41**

 ***d\_nd11f***

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd42**

 ***d\_nd12f***

Si unilatérales, porencéphalie: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd43**

**Autre(s) anomalie(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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***  *l\_\_l* ***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 l\_\_l* ***neo\_vaisso\_3***

***Présence d’une dilatation ventriculaire*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_dilatation\_3***

***Présence d’une anomalie des noyaux gris centraux (ngc)*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_ngc\_3***

***Présence d’une anomalie du cervelet*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_cervelet\_3***

***Présence d’une hémorragie bilatérale*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_volpebilat\_3***

*Dernière ETF réalisée avant la sortie à domicile :*

**Date de la dernière ETF**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nd46**

***Age à la dernière ETF (en jours) neo\_nd46b***

Qui a pratiqué cet examen :senior = 1, non senior = 2 l\_\_l **neo\_nd49**

 ***d\_nd49f***

**Elargissement des espaces sous-arachnoïdiens\*** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 3ème ventricule (cf. figure 2 du « guide de remplissage ») :

Droite l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd51**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd52**

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

Droite  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd53**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd54**

**Elargissement de la scissure inter hémisphérique\*** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 ») l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd56**

**Présence d’hémorragie** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd57**

Si oui,

**Stade**  l\_\_l **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  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd59**

Gauche  l\_\_l\_\_l, l\_\_l\_\_l mm **neo\_nd60**

**Présence d’anomalies parenchymateuses** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd61**

Si oui,

**Hyperéchogénicités\* périventriculaires** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd62**

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

Si oui,

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd63**

 ***d\_nd8f***

Si unilatérales, infarctus de Volpe (anciennement « hémorragie grade 4 ») : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd64**

**Cavitation(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd65**

Si oui,

Unique = 1, multiples = 2 l\_\_l **neo\_nd66**

 ***d\_nd11f***

Unilatérales = 1, bilatérales = 2 l\_\_l **neo\_nd67**

 ***d\_nd12f***

Si unilatérales, porencéphalie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd68**

**Autre(s) anomalie(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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***  *l\_\_l* ***neo\_kyste\_S***

*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 l\_\_l* ***neo\_vaisso\_S***

***Présence d’une dilatation ventriculaire*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_dilatation\_S***

***Présence d’une anomalie des noyaux gris centraux (ngc)*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_ngc\_S***

***Présence d’une anomalie du cervelet*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_cervelet\_S***

***Présence d’une hémorragie bilatérale*** *: non = 0, oui = 1 l\_\_l* ***neo\_volpebilat\_S***

***ETF réalisée :*** *l\_\_l* ***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) ***:*** *l\_\_l* ***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****: l\_\_l* ***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 :*** *l\_\_l* ***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 :*** *l\_\_l* ***neo\_superdelai***

|  |  |
| --- | --- |
| *1- 1è semaine* | ***d\_superdelai*** |
| *2- 2è semaine* | *4- 4è semaine* |
| *3- 3è semaine* |  |

***Anomalie parenchymateuse quelque soit l’ETF*** (VOLPE inclus et porencephalies inclues) ***:*** *l\_\_l* ***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 inclues) ***:*** *l\_\_l* ***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 l\_\_l **neo\_nd71**

Si oui, combien  l\_\_l **neo\_nd72**

*Premier EEG réalisé :*

**Date** **du 1er EEG réalisé**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l  **neo\_nd73**

***Age au 1er EEG réalisé (en jours) neo\_nd73b***

**Pouvez-vous donner des détails sur le tracé de fond** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd76**

Si oui, **tracé de fond** : Normal : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_nd77**

 Dysmature\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd78**

 Mal organisé\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd79**

 Trop discontinu\*\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd80**

 Tracé plat : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nd82**

Si oui, **pouvez-vous donner des détails sur les figures anormales** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd83**

Si oui**, figures anormales** : Pointes positives rolandiques type A ≥ 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd84**

Pointes positives rolandiques type A< 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd85**

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd86**

Crises électriques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd87**

**Conclusion de l’examen** : normal = 1, altérations modérées = 2, altérations sévères = 3 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nd89**

Si oui,

**Anomalies du tracé de fond** : Dysmature\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd90**

 Mal organisé\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd91**

 Trop discontinu\*\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd92**

 Tracé plat : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd93**

**Figures anormales** : Pointes positives rolandiques type A ≥ 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd94**

Pointes positives rolandiques type A < 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd95**

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd96**

Crises électriques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd97**

*Dernier EEG réalisé :*

**Date du dernier EEG réalisé**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nd101**

Si oui, **tracé de fond** : Normal : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_nd102**

Dysmature\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd103**

Mal organisé\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd104**

Trop discontinu\*\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd105**

Tracé plat : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd106**

**Figures anormales présentes à l’EEG** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd107**

Si oui, **pouvez-vous donner des détails sur les figures anormales** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd108**

Si oui, **figures anormales** : Pointes positives rolandiques type A ≥ 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd109**

Pointes positives rolandiques type A < 1/min : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd110**

Delta brushes anormales : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd111**

Crises électriques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd112**

**Conclusion de l’examen** : normal = 1, altérations modérées = 2, altérations sévères = 3 l\_\_l **neo\_nd113**

 ***d\_nd88f***

**Synthèse de la surveillance EEG** l\_\_l **neo\_nd114**

 ***d\_nd114f***

1 : EEG tous normaux

2 : Altérations modérées transitoires

3 : Altérations persistantes

4 : Altérations sévères

Imagerie par résonnance magnétique (IRM)

**Une IRM a-t-elle été pratiquée** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd115**

Si oui,

Nombre total d’IRM pratiquées l\_\_l **neo\_nd116**

Résultat de la dernière IRM pratiquée : normal = 1, anormal = 2 l\_\_l **neo\_nd117**

 ***d\_nd117f***

Si anormal, préciser en clair : …………………………………………………………………… **neo\_nd118**

Traitement neurochirurgical

**Dérivation ventriculopéritonéale**:non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd119**

 Si oui, nombre l\_\_l **neo\_nd120**

**Ventriculocisternostomie** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nd121**

**Traitements et soins au nouveau-né**

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 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne2**

Si oui,

Traitement ponctuel : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne3**

Traitement continu : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne4**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne5**

*Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne5b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne8**

**Fentanyl** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne9**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne10**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne10b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne13**

**Sufentanil** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne14**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne15**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne15b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne18**

**Midazolam** **(Hypnovel®)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne19**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne20**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne20b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne23**

**Kétamine** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne24**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne25**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne25b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne28**

**Autre(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne29**

Si oui, Traitement 1 : Préciser le traitement en clair : **neo\_ne30**

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne31**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne31b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne34**

Traitement 2 : Préciser le traitement en clair : …………………………………………… **neo\_ne35**

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne36**

 *Age au début de traitement (en jours)*  ***neo\_ne36b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l 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 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne41**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne42**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne42b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne45**

**Proparacétamol (Perfalgan®)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne46**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne47**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne47b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne50**

**Nalbuphine (Nubain®)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne51**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne52**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne52b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne55**

**Codéine** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne56**

Si oui,

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne57**

 *Age au début de traitement (en jours)*  ***neo\_ne57b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne60**

**Autre(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne61**

Si oui, Préciser en clair : **neo\_ne62**

Date de début de traitement l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne63**

 *Age au début de traitement (en jours)* ***neo\_ne63b***

Nombre cumulé de jours d’administration l\_\_l\_\_l j **neo\_ne66**

**L’enfant a-t-il eu une anesthésie générale au cours d’une chirurgie** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne67**

Si oui, intervention pour :

Canal artériel : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne68**

ECUN : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne69**

Hernie inguinale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne70**

Pose de cathéter : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne71**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne74**

Si oui,

Nombre de fois  l\_\_l **neo\_ne75**

Intubation le plus souvent : nasale = 1, orale = 2 l\_\_l **neo\_ne76**

 ***d\_ne76f***

Absence au moins une fois de sédation/antalgie en cas d’intubation programmée ou semi-urgente :

non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne77**

*Apnées et bradycardies :*

**L’enfant a-t-il bénéficié d’un traitement contre les apnées-bradycardies** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne79**

Si oui,

Par **Caféine** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne80**

Si oui,

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne81**

 *Age au début (en jours)* ***neo\_ne81b***

Date d’arrêt  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne84**

 Age à l’arrêt (en jours)  ***neo\_ne84b***

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 l\_\_l **neo\_ne87**

 ***d\_ne87f***

Par **Doxapram** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne88**

Si oui,

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne89**

*Age au début (en jours)* ***neo\_ne89b***

Date d’arrêt  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne92**

Age à l’arrêt (en jours) ***neo\_ne92b***

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 l\_\_l **neo\_ne95**

 ***d\_ne87f***

Par **ventilation ou PPC nasale** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne96**

Si oui,

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne97**

*Age au début (en jours)*  ***neo\_ne97b***

Date d’arrêt  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne100**

Age à l’arrêt (en jours)  **neo\_ne100b**

Indication : curatif = 1, prophylactique = 2, prophylactique puis curatif = 3 l\_\_l **neo\_ne103**

 ***d\_ne87f***

**L’enfant a-t-il été intubé ou réintubé pour des apnées-bradycardies** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne104**

Si oui, apnées-bradycardies contemporaines d’une infection : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne105**

Hématologie

**Thrombopénie avant J7** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne106**

Si oui : taux de plaquettes le plus bas avant transfusion l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l /mm3 **neo\_ne107**

**Transfusion de concentrés plaquettaires** **avant J7** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne108**

Si oui,

Indication de la 1ère transfusion :

Prophylactique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne109**

Thérapeutique (saignement) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne110**

Prophylactique avant geste invasif : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne111**

**Nombre total de transfusions de concentrés plaquettaires après J7** l\_\_l **neo\_ne112**

**Taux d’hémoglobine observé à la naissance**  l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/dl **neo\_ne113**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne114**

*Age (en jours)* ***neo\_ne114b***

**Taux d’hémoglobine le plus bas observé pendant l’hospitalisation**  l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/dl **neo\_ne117**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne118**

*Age (en jours)* ***neo\_ne118b***

**Taux d’hémoglobine observé à la sortie de l’enfant à domicile**  l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/dl **neo\_ne121**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne122**

*Age (en jours)* ***neo\_ne122b***

**Transfusion de culot globulaire** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne125**

Si oui, nombre de transfusions l\_\_l **neo\_ne126**

**Polynucléaires neutrophiles < 1500/mm3 avant J7** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne127**

**Evènement transfusionnel** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne128**

Si oui, préciser en clair : **neo\_ne128a**

*Politique de prévention de l’anémie :*

**EPO (Neorecormon®) préventif** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne129**

Si oui,

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne130**

Age au début (en jours) ***neo\_ne130b***

Date de fin l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne133**

*Age à la fin (en jours)* ***neo\_ne133b***

Voie d’administration : intraveineux = 1, sous-cutané = 2, les deux = 3 l\_\_l **neo\_ne136**

 ***d\_ne136f***

**Fer**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne137**

Si oui, date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne138**

*Age au début (en jours)* ***neo\_ne138b***

Néphrologie

**Valeur de créatininémie max. atteint** **entre J3 et J7**  l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l µmol/l **neo\_ne141**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne142**

 *Age (en jours)* ***neo\_ne142b***

**Valeur de créatininémie max. atteint** **après J7**  l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l µmol/l **neo\_ne145**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne146**

 *Age (en jours)* ***neo\_ne146b***

**Dernière valeur de créatininémie mesurée avant la sortie à domicile** l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l µmol/l **neo\_ne149**

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne150**

 *Age (en jours)* ***neo\_ne150b***

**Echographie rénale pratiquée** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne153**

Si oui,

Date de la première échographie l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne154**

 *Age à la première échographie (en jours)* ***neo\_ne154b***

Résultat, en clair :……………………………………………………………………………………… **neo\_ne157**

Date de la dernière échographie disponible l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne158**

 *Age à la dernière échographie (en jours)* ***neo\_ne158b***

Résultat, en clair :……………………………………………………………………………………… **neo\_ne161**

**Traitement antihypertenseur reçu** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne162**

Si oui, traitement en clair :………………………………………………………………………… **neo\_ne163**

**Notification d’une insuffisance rénale dans les diagnostics portés au cours de**

**l’hospitalisation en néonatologie** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne164**

Ictère

**Taux max. de bilirubine avant J7**  l\_\_l\_\_l\_\_lµmol/l **neo\_ne165**

ou l\_\_l\_\_l\_\_lmg/l **neo\_ne166**

**Photothérapie :** non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne167**

Natrémie

**Niveau max. de natrémie avant J7** l\_\_l\_\_l\_\_lmmol/l **neo\_ne168**

Infection précoce (≤ 72h de vie)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Infection néonatale bactérienne**0 : pas d'infection néonatale bactérienne |  |  **neo\_infection\_precoce\_final** |
| 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 tronc commun nés vivants et admis en néonat******Non classés : décès avant J5 sans cause infectieuse clairement identifiée*** |  |

**Date du début de l’épisode infectieux**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne173**

**Infection clinique** (traitement anti-infectieux > 3 jours) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne174**

**Infection avec confirmation microbiologique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne175**

**Identifiée chez** l\_\_l **neo\_ne176**

 ***d\_ne176f***

1 : La mère et l'enfant

2 : L'enfant seulement

3 : La mère seulement

**Bactéries** l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne179**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………. **neo\_ne180**

**Levures** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne181**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………. **neo\_ne182**

**Localisation :**

Bactériémie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne183**

Trachée : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne184**

Liquide gastrique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne185**

Anus : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne186**

Oreilles : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne187**

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_ne188**

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne189**

Autres non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne190**

**Résistance du germe**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne191**

Si oui,

Ampicilline résistant : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne192**

C3G résistant : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne193**

Carbapénème résistant : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne194**

**Valeur maximale de CRP** (protéine C-réactive) **au cours de l’épisode**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l **neo\_ne195**

**Traitement :**

Ampicilline : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne196**

C3G : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne197**

Aminoside : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne198**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne199**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_ne200**

**Durée totale du traitement**  l\_\_l\_\_l j **neo\_ne201**

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

|  |
| --- |
| ***Enfants tronc commun vivants à J3*** |
| **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 l\_\_l **neo\_ne202**

Si oui, nombre d’épisodes infectieux l\_\_l **neo\_ne203**

*1er épisode infectieux secondaire :*

**Date du début de l’épisode infectieux**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne204**

***Age au début de l’épisode infectieux (en jours) neo\_ne204b***

**Infection clinique** (= traitement anti-infectieux ≥ 5 jours) :non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne207**

**Infection avec confirmation microbiologique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne208**

**Germe**  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne211**

Si oui, lequel l\_\_l **neo\_ne212**

 ***d\_ne212f***

1 : VRS / Adenovirus

2 : Rotavirus = 2

3 : Autre

**Infection fongique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne213**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………. **neo\_ne214**

**Résistance du germe**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne215**

Si oui, laquelle l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne218**

Trachée (chez l’enfant intubé) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne219**

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_ne220**

Digestive : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne221**

Conjonctivite : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne222**

Urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne223**

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne224**

Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne225**

Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne226**

Autre non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne227**

Si autre, préciser en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_ne228**

**Au moment de l’infection, l’enfant :**

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne229**

Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne230**

Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne231**

Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne232**

Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l’intervention) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne233**

**Valeur maximale de CRP** (protéine C-réactive) **au cours de l’épisode**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l **neo\_ne234**

**PCT (procalcitonine) dosée au cours de l’épisode** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne235**

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l’épisode l\_\_l\_\_l, l\_\_l ng/ml **neo\_ne236**

**Traitement anti-infectieux :**

C3G : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne237**

Aminoside : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne238**

Vancomycine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne239**

Carbapénème : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne240**

Triflucan: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne241**

Autres : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne242**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_ne243**

**Durée du traitement** l\_\_l\_\_l j **neo\_ne244**

*2ème épisode infectieux secondaire :*

**Date du début de l’épisode infectieux**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne245**

***Age au début de l’épisode infectieux (en jours) neo\_ne245b***

**Infection clinique** (= traitement anti-infectieux ≥ 5 jours) :non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne248**

**Infection avec confirmation microbiologique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne249**

**Germe**  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne252**

Si oui, lequel l\_\_l **neo\_ne253**

 ***d\_ne212f***

1 : VRS / Adenovirus

2 : Rotavirus = 2

3 : Autre

**Infection fongique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne254**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_ne255**

**Résistance du germe**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne256**

Si oui, laquelle l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne259**

Trachée (chez l’enfant intubé) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne260**

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_ne261**

Digestive : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne262**

Conjonctivite : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne263**

Urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne264**

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne265**

Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne266**

Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne267**

Autre non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne268**

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_ne269**

**Au moment de l’infection, l’enfant :**

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne270**

Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne271**

Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne272**

Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne273**

Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l’intervention) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne274**

**Valeur maximale de CRP** (protéine C-réactive) **au cours de l’épisode**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l **neo\_ne275**

**PCT (procalcitonine) dosée au cours de l’épisode** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne276**

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l’épisode l\_\_l\_\_l , l\_\_l ng/ml **neo\_ne277**

**Traitement anti-infectieux :**

C3G : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne278**

Aminoside : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne279**

Vancomycine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne280**

Carbapénème : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne281**

Triflucan: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne282**

Autres : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne283**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_ne284**

**Durée du traitement** l\_\_l\_\_l j **neo\_ne285**

*3ème épisode infectieux secondaire :*

**Date du début de l’épisode infectieux**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne286**

***Age au début de l’épisode infectieux (en jours) neo\_ne286b***

**Infection clinique** (= traitement anti-infectieux ≥ 5 jours) :non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne289**

**Infection avec confirmation microbiologique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne290**

**Germe**  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne293**

Si oui, lequel l\_\_l **neo\_ne294**

 ***d\_ne212f***

1 : VRS / Adenovirus

2 : Rotavirus = 2

3 : Autre

**Infection fongique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne295**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………. **neo\_ne296**

**Résistance du germe**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne297**

Si oui, laquelle l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne300**

Trachée (chez l’enfant intubé) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne301**

Infection locale peau/tissu mou : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_ne302**

Digestive : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne303**

Conjonctivite : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne304**

Urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne305**

Liquide céphalorachidien : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne306**

Ostéo-articulaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne307**

Catheter (culture positive) non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne308**

Autre non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne309**

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_ne310**

**Au moment de l’infection, l’enfant :**

Avait un cathéter central : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne311**

Avait une voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne312**

Avait une sonde urinaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne313**

Avait une ventilation mécanique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne314**

Etait en postopératoire (dans les 5 jours suivant l’intervention) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne315**

**Valeur maximale de CRP** (protéine C-réactive) **au cours de l’épisode**  l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l **neo\_ne316**

**PCT (procalcitonine) dosée au cours de l’épisode** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne317**

Si oui, valeur maximale de la PCT au cours de l’épisode l\_\_l\_\_l , l\_\_l ng/ml **neo\_ne318**

**Traitement anti-infectieux :**

C3G : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne319**

Aminoside : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne320**

Vancomycine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne321**

Carbapénème : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne322**

Triflucan: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne323**

Autres : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne324**

Si oui, préciser en clair :……………………………………………………………………………… **neo\_ne325**

**Durée du traitement** l\_\_l\_\_l j **neo\_ne326**

Hémodynamique

*Durant les premières 72 heures de vie :*

**Pression artérielle moyenne (PAM) minimum vérifiée au cours de cette période**  l\_\_l\_\_l mmHg **neo\_ne327**

**Traitement à visée hémodynamique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne328**

Si oui,

Remplissage vasculaire au cours de cette période : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne329**

Si oui, volume cumulé utilisé au cours de cette période l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg **neo\_ne330**

Utilisation de catécholamines au cours de cette période : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne331**

Si oui, préciser :

Dopamine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne332**

Dobutamine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne333**

Noradrénaline : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne334**

Utilisation de corticoïdes à visée hémodynamique au cours de cette période : non=0, oui=1 l\_\_l **neo\_ne335**

Motif du traitement  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne337**

*Après les premières 72 heures de vie :*

**Traitement à visée hémodynamique** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne338**

Si oui,

Remplissage vasculaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne339**

Utilisation de catécholamines : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne340**

Utilisation de corticoïdes à visée hémodynamique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne341**

*Prise en charge du canal artériel :*

**Exploration du canal artériel par échographie** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne342**

Si oui,

**Date de la première exploration**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne343**

***Age à la première exploration (en jours) neo\_ne343b***

**Indication** :

A titre systématique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne346**

Sur signes cliniques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne347**

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

Taille du canal artériel > 1,5 mm/kg : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne348**

Aspect tubulaire du flux ductal : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne349**

Elévation du débit pulmonaire (vélocité moyenne >40 cm/sec, vélocité télédiastolique >20 cm/sec) :

non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne351**

**Dernière échographie du canal artériel au cours du séjour néonatal** :

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne352**

*Age (en jours)* ***neo\_ne352b***

Le canal était : ouvert = 1, fermé = 2 l\_\_l **neo\_ne355**

 ***d\_ne355f***

**Traitement du canal artériel par AINS** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne356**

Si oui,

**Date de début de traitement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne357**

***Age au début du traitement (en jours) neo\_ne357b***

**Indication** l\_\_l **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 2ème cure** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne361**

***Age au début d’une 2ème cure (en jours) neo\_ne361b***

**Indication** l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne365**

Si oui,

**Date de la chirurgie** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ne366**

***Age à la chirurgie (en jours) neo\_ne366b***

**Indication**  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne370**

Aspect tubulaire du flux ductal : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne371**

Elévation du débit pulmonaire (vélocité moyenne >40 cm/s, vélocité télé diastolique >20 cm/s) :

non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ne373**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ne374**

**Soins de développement**

Bilan à J7

*Conditions matérielles et architecturales d’hospitalisation :*

**Chambre** **à J7** l\_\_l **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)-couveuse ou d’un drap si le bébé est au berceau pour limiter l’exposition lumineuse à J7** l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf3**

Si oui, date du premier peau à peau  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nf4**

*Age au premier peau à peau (en jours)* ***neo\_nf4b***

Si non, indiquer la raison principale l\_\_l **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 J32 = peau à peau commencé entre J4 et J73 = 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 l\_\_l **neo\_nf9**

Si oui,

Score d’EDIN le plus élevé (sur 15) l\_\_l\_\_l /15 **neo\_nf10**

Autre méthode d’évaluation: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nf11**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_nf12**

Score le plus élevé  l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf14**

Si oui,

Score DAN le plus élevé lors d’un soin (sur 10) l\_\_l\_\_l /10 **neo\_nf15**

Autre méthode d’évaluation: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nf16**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_nf17**

Score le plus élevé  l\_\_l\_\_l **neo\_nf18**

*Alimentation :*

**Participation des parents à l’alimentation\*** : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 l\_\_l **neo\_nf19**

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

**Mise au sein** l\_\_l **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  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf24**

Bilan à J28

*Conditions matérielles et architecturales d’hospitalisation :*

**Chambre** **à J28** l\_\_l **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** l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf27**

Si oui,

Score d’EDIN le plus élevé (sur 15) l\_\_l\_\_l /15 **neo\_nf28**

Autre méthode d’évaluation: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nf29**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_nf30**

Score le plus élevé  l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf32**

Si oui,

Score DAN le plus élevé lors d’un soin (sur 10) l\_\_l\_\_l /10 **neo\_nf33**

Autre méthode d’évaluation: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nf34**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nf35**

Score le plus élevé  l\_\_l\_\_l **neo\_nf36**

*Alimentation :*

**Participation des parents à l’alimentation\*** : non = 0, oui = 1, ne sait pas = 2 l\_\_l **neo\_nf37**

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

**Mise au sein** l\_\_l **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 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nf40**

 ***d\_nf40f***

Si NIDCAP®,

Nombre d’observations réalisées entre la naissance et S36 l\_\_l\_\_l **neo\_nf41**

Date de la première observation terme l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 ?**  l\_\_l\_\_l **neo\_nf45**

**L’enfant a-t-il bénéficié depuis sa naissance de stimulations de l’oralité** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nf46**

**Nutrition**

Bilan à J3

**Poids ce jour**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_ng1**

**Poids utilisé pour les calculs d’apport parentéral à J3**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_ng2**

**Taille de naissance**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_ng3**

**PC de naissance**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_pcnce**

*Apport entéral prescrit :*

**Date** **du début de l’alimentation entérale si commencée dans ces 3 jours** l\_\_...\_\_l **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**  l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng8**

Type de lait n°1 *(cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng9**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng10**

Type de lait n°2 *(cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng11**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng12**

*Apport parentéral prescrit :*

**Apport parentéral total pour les 24h, y compris le volume des lipides**  l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng13**

*Apport total prescrit (entéral + parentéral) :*

**Apport total pour les 24h**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng14**

Apport en protides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng15**

Apport en glucides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng16**

Apport en lipides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng17**

Bilan à J7

**Poids ce jour**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_ng18**

**Poids utilisé pour les calculs d’apport parentéral à J7**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_ng19**

**Taille autour de ce jour**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_ng20**

**PC autour de ce jour**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_ng21**

*Apport entéral prescrit :*

**Apport entéral (y compris le « minimal feeding »)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng22**

**Date du début de l’alimentation entérale si commencée entre J3 et J7** l\_\_...\_\_l **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\_\_l l\_\_l **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\_\_l l\_\_l **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\_\_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 ≥ 8.5 mmol/l et < 10 mmol/l

2 : Glycémie ≥ 10 mmol/l et < 15 mmol/l

3 : Glycémie ≥ 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\_\_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\_\_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)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng52**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng53**

Type de lait n°2 *(cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng54**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng55**

*Apport parentéral prescrit :*

**Apport parentéral total pour les 24h**  l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng56**

*Apport total prescrit (entéral + parentéral) :*

**Apport total pour les 24h**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng57**

Apport en protides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng58**

Apport en glucides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng59**

Apport en lipides l\_\_l\_\_l\_\_l, l\_\_l g/kg/j **neo\_ng60**

**S’il n’y a plus d’apport parentéral, date de fin de perfusion**  l\_\_...\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ng64**

Bilan à S36

**Poids autour de la date du bilan**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_ng65**

**Taille autour de la date du bilan**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_ng66**

**PC autour de la date du bilan**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_ng67**

*Apport entéral prescrit :*

**L’enfant est-il encore alimenté par sonde gastrique**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng68**

Si non et si concerné, date de fin gastrique de sonde l\_\_...\_\_l **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 l\_\_l **neo\_ng72**

 Si oui, la tétée représente la totalité de l’alimentation entérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng74**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng75**

Type de lait n°2 *(cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_ng76**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_ng77**

*Apport parentéral prescrit :*

**Apport parentéral total pour les 24h**  l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng78**

*Apport total prescrit (entéral + parentéral) :*

**Apport total pour les 24h** l\_\_l\_\_l\_\_l ml/kg/j **neo\_ng79**

**L’enfant a-t-il encore un cathéter central**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng80**

Si non, date de retrait du dernier cathéter central l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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**  l\_\_l **neo\_ng84**

**Accident de cathétérisme central** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng85**

Si oui :

Thrombose vasculaire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng86**

Si oui, traitement : non = 0, héparine = 1, fibrinolyse = 2 l\_\_l **neo\_ng87**

 ***d\_ng87f***

Épanchement pleural : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng88**

Epanchement péritonéal : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng89**

Tamponnade : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng90**

Autre : non = 0, oui= 1 l\_\_l **neo\_ng90a**

Si oui, préciser en clair : **neo\_ng90b**

**Combien de complications liées aux cathéters centraux ont été observées**  l\_\_l **neo\_ng91**

Nombre d’accidents de type thrombose intravasculaire l\_\_l **neo\_ng92**

Nombre de retraits pour cathéter occlus l\_\_l **neo\_ng93**

Nombre d’accidents de perfusion péricardique l\_\_l **neo\_ng94**

Autre : non = 0, oui= 1 l\_\_l **neo\_ng95**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_ng96**

*Troubles digestifs/entérocolite ulcéro nécrosante :*

**Perforation intestinale spontanée** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng97**

Si oui,

Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ng98**

*Age (en jours)* ***neo\_ng98b***

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng101**

Si oui, date de la chirurgie l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ng102**

 *Age à la chirurgie (en jours)* ***neo\_ng102b***

**Entérocolite ulcéro nécrosante** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng105**

Si oui,

Stade II de Bell clinique\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng106**

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

Si oui, date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ng107**

 *Age (en jours)* ***neo\_ng107b***

Stade II de Bell radiologique\*\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng110**

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

Si oui, date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ng111**

 *Age (en jours)* ***neo\_ng111b***

Stade III de Bell clinique\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng114**

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

Si oui, date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_ng115**

 *Age (en jours)*  ***neo\_ng115b***

Stade III de Bell radiologique\* : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_ng118**

*\*\*Pneumopéritoine de la grande cavité ou localisé*

Si oui, date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nh1**

Si oui :

Nécrose cutanée sur dispositif de ventilation (CPAP ou sonde trachéale) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh2**

Nécrose cutanée sur diffusion voie veineuse périphérique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh3**

Lésion d’origine chimique/électrodes/pansements : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh4**

**Erreur médicamenteuse** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh5**

Si oui :

Erreur de prescription : non = 0, oui = 1 l\_\_l  **neo\_nh6**

Erreur de produit : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh7**

Erreur de préparation : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh8**

Erreur d’administration : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh9**

**Effet secondaire d’un médicament** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh10**

**Autre(s) pathologie(s) iatrogène(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nh11**

Si oui, préciser en clair :……………………………………………………………………………… **neo\_nh12**

**Anomalies congénitales**

**Anomalies congénitales**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 :

1ère malformation : …………………………………………………………………………………………. **neo\_ni2**

2ème malformation : ………………………………………………………………………………………… **neo\_ni3**

3ème malformation : ………………………………………………………………………………………… **neo\_ni4**

4ème malformation : ………………………………………………………………………………………… **neo\_ni5**

5ème malformation : ………………………………………………………………………………………… **neo\_ni6**

***Codage CIM10 des anomalies congénitales des variables NEO\_NI2 à NEO\_NI6 et ENFANT\_MP5 à ENFANT\_MP7 :***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NEO\_CIM10\_MALF1***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NEO\_CIM10\_MALF2***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NEO\_CIM10\_MALF3***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NEO\_CIM10\_MALF4***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NEO\_CIM10\_MALF5***

**Synthèse Malformation pas de malformation=0, au moins 1 malformation majeure=1, uniquement une malformation mineure=2, doute sur une malformation ou sur critère de gravité=9 l\_\_I ENFANT\_MALFO\_MAJEUR**

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

**Rétinopathie**

**Rétinopathie recherchée** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nj1**

Si oui,

Avec Retcam = 1, autre méthode = 2 l\_\_l **neo\_nj2**

 ***d\_nj2f***

Date de 1er dépistage l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nj3**

*Age au 1er dépistage (en jours)* ***neo\_nj3b***

Date du dernier examen l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nj6**

*Age au dernier examen (en jours)* ***neo\_nj6b***

Stade le plus sévère de rétinopathie l\_\_l **neo\_nj9**

Préciser : œil droit = 1, œil gauche = 2, les deux = 3 l\_\_l **neo\_nj10**

 ***d\_nj10f***

**Rétinopathie traitée** : non = 0, laser = 1, cryothérapie = 2 l\_\_l **neo\_nj11**

 ***d\_nj11f***

Si traitement : œil droit = 1, œil gauche = 2, les deux = 3 l\_\_l **neo\_nj12**

 ***d\_nj12f***

**Audition**

**Dépistage auditif réalisé** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nk1**

Si oui,

OEAP (otoémissions) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nk2**

Si oui examen l\_\_l **neo\_nk3**

 ***d\_nk3f***

0 : Normal

1 : Anormal oreille droite

2 : Anormal oreille gauche

3 : Anormal les deux

PEA : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nk4**

Si oui examen  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nk6**

 ***d\_nk6f***

**Vaccination**

**Vaccination initiée en cours d’hospitalisation** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nv1**

Si oui, préciser :

Diphtérie Tétanos Coqueluche Haemophilus : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nv2**

Hépatite B : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nv3**

Pneumocoque : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nv4**

BCG : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nv5**

**Synthèse 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 l\_\_l **neo\_nl1**

Si oui, aller à la description de son séjour dans le 1er 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 121 = établissement de type "2A"22 = établissement de type "2B"3 = établissement de type 3 |
| Enfant hospitalisé dans le même établissement pendant la 1ère semaine de vie | **etab\_J0J7** | 0 = non1 = oui |
| Si oui, *(les enfants tranférés 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 1ère semaine d'hopistalisation de l'enfant | **num\_etab\_J0J7** | Numero établissement anonymisé |
| Niveau de l'établissement de référence pendant la 1ère semaine d'hospitalisation de l'enfant | **niveau\_etab\_J0J7** | 1 = établissement de type 121 = 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**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl5**

***Age au départ (en jours) neo\_nl5b***

**Transport** l\_\_l **neo\_nl8**

 ***d\_nl8f***

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………………….. **neo\_nl9**

**Transfert** : ascendant\* = 1, descendant = 2, autre = 3 l\_\_l **neo\_nl10**

*\*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 l\_\_l **neo\_nl11**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl12**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl13**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl14**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl15**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl16**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl17**

**Autre**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl18**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………… **neo\_nl19**

1. *Séjour dans le 1er établissement d’hospitalisation :*

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

…………………………………………………………………………………………………… **neo\_nl20 neo\_nl21**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl22**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab1**

**Niveau= neo\_niveau\_etab1**

 ***d\_etabniv***

***Code anonyme établissement neo\_numetab1***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl23**

 ***d\_nl23***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ………………………………………………………………… **neo\_nl24**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl25**

***Age à l’entrée dans le service (en jours) neo\_nl25b***

**Heure d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l min **neo\_nl28 neo\_nl29**

***Age à l’entrée dans le 1er service de néonat (en min) neo\_nl29b***

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

**Réanimation néonatale** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl30**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl31**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl32**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl33**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl34**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl35**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl36**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl37**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl38**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl39**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl40**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl41**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl42**

Autre service 2, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl43**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl44**

Autre service 3, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl45**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl46**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl47**

***Age à la sortie de l’établissement (en jours) neo\_nl47b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl50**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **neo\_nl51**

 ***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 autre, préciser en clair : …………………………………………………………………… **neo\_nl52**

1. *Transfert vers un 2ème établissement d’hospitalisation :*

**Date du départ**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl53**

***Age au départ (en jours) neo\_nl53b***

**Service de départ**  l\_\_l **neo\_nl56**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair :…………………………………………………………………… **neo\_nl57**

**Transport**  l\_\_l **neo\_nl58**

 ***d\_nl8f***

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ………………………………………………………………….. **neo\_nl59**

**Transfert** : ascendant\* = 1, descendant = 2, autre = 3 l\_\_l **neo\_nl60**

*\*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 l\_\_l **neo\_nl61**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl62**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl63**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl64**

Aggravationd’une pathologie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl65**

Si oui, laquelle en clair :………………………………………………………………………………….. **neo\_nl66**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl67**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl68**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl69**

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl70**

**Autre** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl71**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………………… **neo\_nl72**

1. *Séjour dans le 2ème 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\_nl73 neo\_nl74**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl75**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab2**

**Niveau= neo\_niveau\_etab2**

***Code anonyme établissement neo\_numetab2***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl76**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ……………………………………………………………….. **neo\_nl77**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl78**

***Age à l’entrée dans le service (en jours) neo\_nl78b***

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

**Réanimation néonatale** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl81**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl82**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl83**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl84**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl85**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl86**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl87**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl88**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl89**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl90**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl91**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl92**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl93**

Autre service 2, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl94**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl95**

Autre service 3, en clair : ……………………………………………………………………………. **neo\_nl96**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl97**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl98**

***Age à la sortie de l’établissement (en jours) neo\_nl98b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl101**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **neo\_nl102**

 ***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 autre, préciser en clair : ……………………………………………………………… **neo\_nl103**

1. *Transfert vers un 3ème établissement d’hospitalisation :*

**Nom établissement de départ** en clair ……………………………………………………………… **neo\_nl104**

**Ville établissement de départ** en clair ……………………………………………………………… **neo\_nl105**

**N° département établissement de départ** en clair ………………………………………………… **neo\_nl106**

**Service de départ**  l\_\_l **neo\_nl110**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair :………………………………………………………………… **neo\_nl111**

**Transport**  l\_\_l **neo\_nl112**

 ***d\_nl8f***

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ……………………………………………………………….. **neo\_nl113**

**Transfert** : ascendant\* = 1, descendant = 2, autre = 3 l\_\_l **neo\_nl114**

*\*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 l\_\_l **neo\_nl115**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl116**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl117**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl118**

Aggravation d’une pathologie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl119**

Si oui, laquelle en clair :………………………………………………………………………………. **neo\_nl120**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl121**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl122**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl123**

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl124**

**Autre** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl125**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_nl126**

1. *Séjour dans le 3ème établissement :*

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

………………………………………………………………………………………………… **neo\_nl127 neo\_nl128**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl129**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab3**

**Niveau= neo\_niveau\_etab3 *d\_etabniv***

***Code anonyme établissement neo\_numetab3***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl130**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………………. **neo\_nl131**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nl135**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl136**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl137**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl138**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl139**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl140**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl141**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl142**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl143**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl144**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl145**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl146**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl147**

Autre service 2, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl148**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl149**

Autre service 3, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl150**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl151**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl152**

***Age à la sortie de l’établissement (en jours) neo\_nl152b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl155**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **neo\_nl156**

 ***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\_nl157**

1. *Transfert vers un 4ème 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**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl173**

***Age au départ (en jours) neo\_nl173b***

**Service de départ**  l\_\_l **neo\_nl175**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair :………………………………………………………………… **neo\_nl176**

**Transport**  l\_\_l **neo\_nl177**

 ***d\_nl8f***

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 l\_\_l **neo\_nl179**

*\*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 l\_\_l **neo\_nl180**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl181**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl182**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl183**

Aggravation d’une pathologie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl184**

Si oui, laquelle en clair :………………………………………………………………………………. **neo\_nl185**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl186**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl187**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl188**

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl189**

**Autre** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl190**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_nl191**

1. *Séjour dans le 4ème établissement :*

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

………………………………………………………………………………………………… **neo\_nl192 neo\_nl193**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl194**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab4**

**Niveau= neo\_niveau\_etab4 *d\_etabniv***

***Code anonyme établissement neo\_numetab4***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl195**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………………. **neo\_nl196**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nl199**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl200**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl201**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl202**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl203**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl204**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl205**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl206**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl207**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl208**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl209**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl210**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl211**

Autre service 2, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl212**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl213**

Autre service 3, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl214**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl215**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl216**

***Age à la sortie de l’établissement (en jours) neo\_nl216b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl218**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **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**

1. *Transfert vers un 5ème 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**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl224**

***Age au départ (en jours) neo\_nl224b***

**Service de départ**  l\_\_l **neo\_nl226**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair :………………………………………………………………… **neo\_nl227**

**Transport**  l\_\_l **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 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nl231**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl232**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl233**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl234**

Aggravation d’une pathologie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl235**

Si oui, laquelle en clair :……………………………………………………………………………… **neo\_nl236**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl237**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl238**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl239**

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_n240**

**Autre** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl241**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_nl242**

1. *Séjour dans le 5ème établissement :*

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

……………………………………………………………………………………………………**neo\_nl243 neo\_nl244**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl245**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab5**

**Niveau= neo\_niveau\_etab5 *d\_etabniv***

***Code anonyme établissement neo\_numetab5***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl246**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ………………………………………………………………… **neo\_nl247**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nl250**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl251**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl252**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl253**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl254**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl255**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl256**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_n257**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl258**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl259**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl260**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl261**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl262**

Autre service 2, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl263**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl264**

Autre service 3, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl265**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl266**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl267**

***Age à la sortie (en jours) neo\_nl267b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl269**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **neo\_nl270**

 ***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\_nl271**

1. *Transfert vers un 6ème établissement d’hospitalisation :*

**Nom établissement de départ** en clair ……………………………………………………………… **neo\_nl272**

**Ville établissement de départ** en clair ……………………………………………………………… **neo\_nl273**

**N° département établissement** de départ en clair ………………………………………………… **neo\_nl274**

**Date du départ**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl275**

***Age au départ (en jours) neo\_nl275b***

**Service de départ**  l\_\_l **neo\_nl277**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair :……………………………………………………………… **neo\_nl278**

**Transport**  l\_\_l **neo\_nl279**

 ***d\_nl8f***

1 : SMUR route

2 : SMUR hélicoptère

3 : Transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH)

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ………………………………………………………………. **neo\_nl280**

**Transfert** : ascendant\* = 1, descendant = 2, autre = 3 l\_\_l **neo\_nl281**

*\*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 l\_\_l **neo\_nl282**

Retard de croissance intra-utérin (RCIU) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl283**

Détresse respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl284**

Malformation(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl285**

Aggravation d’une pathologie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl286**

Si oui, laquelle en clair :……………………………………………………………………………… **neo\_nl287**

**Besoin de soins complémentaires :**

Chirurgie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl288**

Besoin d’une alimentation parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl289**

**Organisationnel(s) :**

Manque de place : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl290**

Rapprochement domicile : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_n291**

**Autre** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl292**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_nl293**

1. *Séjour dans le 6ème établissement :*

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

……………………………………………………………………………………………………**neo\_nl294 neo\_nl295**

 l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl296**

**Numéro finess= neo\_finess\_etab6**

**Niveau= neo\_niveau\_etab6 *d\_etabniv***

***Code anonyme établissement neo\_numetab6***

**Service d’entrée**  l\_\_l **neo\_nl297**

 ***d\_nl23f***

1 : Réanimation néonatale

2 : Unité de soins intensifs néonatals

3 : Médecine néonatale

4 : Autre

Si autre, préciser en clair : ………………………………………………………………… **neo\_nl298**

**Date d’entrée dans le service**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nl301**

Si oui,

Séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl302**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en réanimation néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl303**

Nombre de passages en réanimation néonatale l\_\_l **neo\_nl304**

**Soins intensifs néonatals** : non =0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl305**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl306**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en unité de soins intensifs néonatals au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl307**

**Médecine néonatale**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl308**

Si oui, séjour < 1 jour : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl309**

Si séjour ≥ 1 jour, nombre de jours en médecine néonatale au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl310**

**Autre(s) service(s)** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nl311**

Si oui,

Autre service 1, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl312**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl313**

Autre service 2, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl314**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl315**

Autre service 3, en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_nl316**

Nombre de jours dans ce service au total l\_\_l\_\_l\_\_l j **neo\_nl317**

**Date de sortie de l’établissement**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nl318**

***Age à la sortie (en jours) neo\_nl318b***

**Mode de sortie**: vivant = 1, décédé = 2 l\_\_l **neo\_nl320**

 ***d\_nl50f***

Si vivant, lieu de sortie  l\_\_l **neo\_nl321**

 ***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\_nl322**

**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 l\_\_l **neo\_nm1**

Si non, aller à la rubrique suivante page 41 ou 43 (« conditions de sortie de l’enfant à domicile »/  « enfant décédé en néonatologie »)

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 l\_\_l **neo\_nm2**

Pronostic de mauvaise qualité de vie future en cas de survie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm3**

Traitements disproportionnés : lourdeur des traitements actuels ou à entreprendre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nm5**

Pathologie respiratoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm6**

Pathologie digestive : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm7**

Pathologie multiviscérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm8**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nm11**

Si oui,

Nombre de réunions où le cas de cet enfant a été discuté  l\_\_l **neo\_nm12**

Le contenu d’une (ou plusieurs) réunion(s) est-il retranscrit dans le dossier : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nm14**

Si oui, avec : le père = 1, la mère = 2, le père et la mère ensemble = 3 l\_\_l **neo\_nm15**

 ***d\_nm15f***

**Les parents ont-ils d’emblée exprimé une demande avant toute discussion**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm16**

 **Degré d’implication des parents dans la décision**  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nm18**

Abstention, limitation ou interruption médicale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm19**

S’en remettent à l’avis médical : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm20**

Opposés à l’avis médical : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm21**

Information non disponible dans le dossier : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm22**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nm25**

Décision de limitation ou d’arrêt de traitement actif : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm26**

Décision d’administrer des médicaments analgésiques ou sédatifs au risque de provoquer le décès :

non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm27**

Décision de poursuite de la réanimation (et instauration de tous les traitements nécessaires, sans limitation) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm28**

Si décision de limitation ou arrêt de traitement actif :

Abstention en cas d’arrêt cardio-circulatoire : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm29**

Limitation de mise en place de nouveaux traitements (ex : réintubation, chirurgie, drainage, transfusions, etc.) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm30**

Interruption de traitement(s) en cours (ex : extuber, arrêter l’alimentation artificielle, etc.) :

non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm31**

**Motifs médicaux finaux de la décision** **:**

Incertitude diagnostique et/ou pronostique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm32**

« Projet thérapeutique acceptable » (pas de disproportion avantages/risques à poursuivre les traitements actifs) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm33**

« Projet thérapeutique inacceptable » (disproportion avantages/risques à poursuivre les traitements actifs) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nm34**

Aucune survie possible « no chance to survive » (NCTS) : non = 0, oui 1 l\_\_l **neo\_nm35**

**Date de la prise de décision** **finale**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nm36**

***Age à la prise de décision finale (en jours) neo\_nm36b***

**Conditions de sortie de l’enfant a domicile**

**Date de sortie**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nn1**

***Age à la sortie (en jours) neo\_nn1b***

**Poids de sortie**  l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g **neo\_nn4**

**PC de sortie**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_nn5**

**Taille de sortie**  l\_\_l\_\_l cm **neo\_nn6**

**Pression artérielle moyenne\* vérifiée (PAM)**  l\_\_l\_\_l mmHg **neo\_nn7**

*\*Première pression artérielle moyenne de la journée*

**Enregistrement cardio-respiratoire particulier en pré-sortie de néonatologie**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn8**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………… **neo\_nn9**

**Nombre d’établissements dans lesquels l’enfant a été hospitalisé**  l\_\_l **neo\_nn10**

*Traitements à la sortie :*

**Traitement du RGO**:non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn11**

Si oui,

Epaississant : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn12**

Prokinétique : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn13**

Anti-acide (type omeprazole) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn14**

**Traitement des apnées/bradycardies** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn15**

Si oui,

Caféine : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn16**

Doxapram : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn17**

**O2**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn18**

**Monitoring**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn19**

Si oui,

Scope : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn20**

Saturomètre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn21**

**Traitement antihypertenseur** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn22**

**Prescription de Synagis®**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn23**

*Alimentation :*

**L’enfant est-il encore alimenté par sonde gastrique**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn24**

Si non, date de fin de sonde gastrique l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_nn25**

 *Age à la fin de sonde gastrique (en jours)* ***neo\_nn25b***

**L’enfant tête-t-il directement le sein** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn28**

Si oui, la tétée représente la totalité de l’alimentation entérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_nn30**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_nn31**

Type de lait n°2 *(cf annexe - types de laits - guide de remplissage des questionnaires)* l\_\_l\_\_l l\_\_l l\_\_l **neo\_nn32**

Quantité prescrite pour 24h l\_\_l\_\_l\_\_l ml **neo\_nn33**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Allaitement à la sortie de néonatalologie (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 l\_\_l **neo\_nn34**

**Une visite à domicile d’un personnel de la PMI est-elle prévue**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nn36**

**Les parents ont-ils reçu une liste des services et médecins pouvant assurer le suivi :**

non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn37**

**L’enfant va-t-il entrer dans le réseau de suivi**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_nn38**

Si non, pourquoi  l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_nn40**

Si oui, où  l\_\_l **neo\_nn41**

 ***d\_nn41f***

1 : Le service de néonatologie

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 décédé en réanimation néonatale / néonatologie**

**Enfant décédé**: non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_no3**

Si oui,

Retrait de la VNI (VS PEEP ou Infant flow) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no4**

Sevrage d’oxygène : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no5**

Déventilation progressive (« terminal weaning ») : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no6**

Extubation : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no7**

Arrêt des amines vaso-actives : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no8**

Arrêt de la nutrition parentérale : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no9**

Arrêt de l’alimentation entérale au sein ou biberon (si en cours précédemment) : non = 0, oui = 1,

pas d’alimentation entérale = 2 l\_\_l **neo\_no10**

 ***d\_no10*** f

Date de début du processus d’arrêt des thérapeutiques l\_\_...\_\_l **neo\_no11**

 *Age au début du processus d’arrêt des thérapeutiques (en jours)* ***neo\_no11b***

**Des traitements ont été limités** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no14**

Si oui,

Ne pas intuber si besoin : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no15**

Ne pas mettre en VNI si besoin : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no16**

Ne pas fermer canal chirurgicalement : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no17**

Ne pas opérer entérocolite : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no18**

Ne pas drainer hydrocéphalie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no19**

Ne pas mettre d’antibiotiques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no20**

Autre : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no21**

Si oui, préciser en clair : ………………………………………………………………………… **neo\_no22**

Date de début du processus de limitation des thérapeutiques l\_\_... \_\_l **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 l\_\_l **neo\_no26**

Si oui, lesquels :

Benzodiazépines : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no27**

Phénobarbital : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no28**

Morphiniques : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no29**

Thiopenthal : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no30**

Curare : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no31**

Autre(s) : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no32**

Si oui, préciser en clair : …………………………………………………………………………… **neo\_no33**

Les doses ont été proportionnées aux besoins de sédation/analgésie : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no34**

Si non, a-t-il été nécessaire d’intensifier le traitement : non = 0, oui = 1 l\_\_l **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 l\_\_l **neo\_no36**

**Date du décès** **de l’enfant**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **neo\_no37**

***Age au décès de l’enfant (en jours) neo\_no37b***

**Heure et minute du décès** **de l’enfant**  l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l min **neo\_no40 neo\_no41**

***Age au décès de l’enfant***  *l\_\_l* ***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 l\_\_l **neo\_no42**

Si oui,

Le père : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no43**

La mère : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no44**

**Mise dans les bras avant le décès ou décès dans les bras d’un ou des deux parents**:

non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no45**

**Au moment du décès, l’enfant a-t-il été placé dans une chambre seul** : non = 0, oui = 1 l\_\_l **neo\_no46**

***Enfant décédé avant 36 SA d’âge corrigé***  *l\_\_l* ***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 néonatologie)*

*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 l\_\_l **neo\_no49**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_no50**

***Causes de décès en réanimation néonatale*** *l\_\_l* ***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 l\_\_l **neo\_no52**

Si oui, préciser en clair : ……………………………………………………………………………… **neo\_no53**

**Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée**  l\_\_l **neo\_no54**

 ***d\_no54f***

0 : non

1 : oui, résultat non disponible

2 : oui, résultat disponible

Si résultat disponible, préciser  l\_\_l **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

**Synthèse**

**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* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |