

# Questionnaire EDEN

Données à extraire du  
dossier obstétrical



Nom : ..... Prénom : .....

N° d'identification : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Date de remplissage : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Numéro d'accouchement (ou d'archivage maternité ?) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| (vérifier nb cases)

### Données de la mère à extraire du dossier des maternités

La femme participe-t-elle à un autre essai ou une autre étude : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui  
 si oui, précisez : .....

#### I. Antécédents de la femme

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Pathologies antérieures à cette grossesse :

HTA : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

Diabète : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui, DID (*traitée par insuline*) |\_|\_|2. oui, DNID (*non traitée par insuline*)

Pathologie psychiatrique : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, diagnostic : .....

Autres pathologies : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Antécédents gynécologiques :

Infections génitales hautes : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, diagnostic 1 (code CIM) : ..... |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

si oui, diagnostic 2 (code CIM) : ..... |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

Autres : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si autre, précisez : .....

#### II. Grossesses et accouchements antérieurs

Nombre total de grossesses antérieures : |\_|\_|\_|

Nombre d'accouchements antérieurs (c'est-à-dire nombre de grossesses  $\geq$  22 SA, sans compter les IMG et si grossesse multiple, compter un accouchement par enfant) : |\_|\_|\_|

Nombre d'avortements spontanés (moins de 22 SA) : |\_|\_|\_|

Nombre de GEU : |\_|\_|\_|

Nombre d'IVG : |\_|\_|\_|

Nombre d'IMG : |\_|\_|\_|

Nombre de grossesses multiples :

|\_|\_|

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon  
|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée  
|\_|2. forceps ou ventouse  
|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non  
|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non  
|\_|1. avant 28 j  
|\_|2. avant 365 j  
|\_|3. après 1 an

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon

|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée

|\_|2. forceps ou ventouse

|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non

|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non

|\_|1. avant 28 j

|\_|2. avant 365 j

|\_|3. après 1 an

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon  
|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée  
|\_|2. forceps ou ventouse  
|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non  
|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non  
|\_|1. avant 28 j  
|\_|2. avant 365 j  
|\_|3. après 1 an

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon  
|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée  
|\_|2. forceps ou ventouse  
|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non  
|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non  
|\_|1. avant 28 j  
|\_|2. avant 365 j  
|\_|3. après 1 an

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon  
|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée  
|\_|2. forceps ou ventouse  
|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non  
|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non  
|\_|1. avant 28 j  
|\_|2. avant 365 j  
|\_|3. après 1 an

Accouchements antérieurs :

Date (JJ MM AA): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

(pour toute grossesse terminée  $\geq 22$  SA sauf IMG)

(si  $\geq 6$  accouchements à remplir pour les 6 derniers ; pour les grossesses multiples 1 page par enfant)

Nombre d'enfant(s) né(s) de cette grossesse : |\_|

Sexe : |\_|1. garçon

|\_|2. fille

HTA : |\_|0. non |\_|1. oui

Hématome rétroplacentaire : |\_|0. non |\_|1. oui

Diabète gestationnel : |\_|0. non |\_|1. oui

Date de fin grossesse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Mode d'accouchement : |\_|1. voie basse spontanée

|\_|2. forceps ou ventouse

|\_|3. césarienne

AG en SA révolues : |\_|\_|

Poids de naissance (grammes) : |\_|\_|\_|\_| g

RCIU : |\_|0. non |\_|1. oui

Malformation : |\_|0. non |\_|1. oui

si oui, précisez : .....

Né vivant : |\_|0. non

|\_|1. oui

Décès postnatal : |\_|0. non

|\_|1. avant 28 j

|\_|2. avant 365 j

|\_|3. après 1 an

### III. Déroulement de la grossesse actuelle

Date des dernières règles :                   |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
Date estimée de début de grossesse :       |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
Date déterminée par :                       |\_|1. DDR  
  |\_|2. Ménotherme  
  |\_|3. Echographie avant 20 semaines  
  |\_|4. Connue exactement (IA ou FIV, etc...)  
  |\_|5. Incertaine

Age gestationnel en SA à la 1<sup>ère</sup> visite à la maternité : |\_|\_|\_|

Dosages sériques de dépistage de la Trisomie 21 :

Dosage fait :                               |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui  
    si oui, date :                         |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
alpha-fœtoprotéine (UI/ml) :           |\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|           et MOM |\_|\_|, |\_|\_|\_|  
œstradiol (nmol/l) :                   |\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|           et MOM |\_|\_|, |\_|\_|\_|  
bêta-HCG (UI/l ou mUI/ml) :         |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|         et MOM |\_|\_|, |\_|\_|\_|

NFS au 6<sup>ème</sup> mois (ou à la date la plus proche) :

date :                                     |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
hémoglobine (g/dl) :                   |\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|  
hématocrite (%) :                       |\_|\_|\_|  
VGM ( $\mu^3$  ou fl) :                     |\_|\_|\_|\_|  
Leucocytes (/mm<sup>3</sup> **ou** G/l) :         |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (/mm<sup>3</sup>)  
   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (G/l)  
plaquettes (/mm<sup>3</sup> **ou** G/l) :         |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (/mm<sup>3</sup>)  
   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (G/l)

Amniocentèse ou biopsie de trophoblaste : |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui  
    si oui, âge gestationnel en SA :     |\_|\_|\_|

Echographie du premier trimestre :

date :                                     |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
âge gestationnel en SA :               |\_|\_|\_|  
longueur crânio caudale (mm) :       |\_|\_|\_|  
diamètre bi pariétal (mm) :           |\_|\_|\_|  
épaisseur de la muqueuse (mm) :      |\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

#### IV. Pathologies, traitements et hospitalisations pendant la grossesse

- HTA apparue en cours de grossesse : |0. non  
|1. oui, sans protéinurie  
|2. oui, avec protéinurie
- si oui, âge gestationnel en SA au diagnostic : ||  
traitement : |0. non |1. oui
- si oui, âge gestationnel en SA au début du traitement : ||  
type de traitement : bêtabloquants |0. non |1. oui  
inhibiteurs calciques |0. non |1. oui  
antihypertenseurs centraux |0. non |1. oui  
autre |0. non |1. oui  
si autre, précisez : .....
- Suspicion de RCIU : |0. non |1. oui  
si oui, à partir de quel âge gestationnel en SA : ||
- Diabète gestationnel : |0. non  
|1. DID (traité par insuline)  
|2. DNID (non traité par insuline)  
si oui, âge gestationnel en SA au diagnostic : ||
- Métrorragies : |0. non  
|1. 1<sup>er</sup> trimestre uniquement  
|2. 2-3<sup>ème</sup> trimestres uniquement  
|3. tout au long de la grossesse
- Placenta praevia : |0. non |1. oui
- Hématome rétroplacentaire : |0. non |1. oui
- Menace d'accouchement prématuré : |0. non |1. oui  
si oui, âge gestationnel en SA aux 1<sup>er</sup> signes : ||  
hospitalisation : |0. non |1. oui  
bêta mimétiques : |0. non |1. oui  
inhibiteurs calciques : |0. non |1. oui  
antagonistes de l'ocytocine : |0. non |1. oui  
autre tocolytique : |0. non |1. oui
- Infection urinaire : |0. non  
|1. oui, basse  
|2. oui, haute

|\_|3. oui, non précisé



.....

## V. Relevé à chaque consultation

(si > 12, choisir dans le ou les mois avec plusieurs consultations la dernière du mois)

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (**mmHg**) : ||| / ||||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

Date : |||||  
Poids (kg) : ||||,|  
Hauteur utérine (cm) : ||  
TA systolique et diastolique (mmHg) : ||| / |||  
Protéinurie confirmée par laboratoire : |0. non |1. oui |2. non faite

## VI. Déroulement de l'accouchement

Date d'accouchement : |||||

Heure d'accouchement : | heures | mn

Etat des membranes à l'admission : |1. intactes  
|2. rompues

    si rompues à l'admission :

    âge gestationnel en SA à la rupture : ||

    délai entre rupture et début du travail : || jours || heures

Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : ||

Poids (kg) : ||||,||

Prise de poids totale : ||,||

Présentation : |1. céphalique  
|2. siège  
|3. autre

Mode de début du travail : |1. spontané  
|2. déclenché  
|3. césarienne avant travail

    si déclenché ou césarienne avant travail, motif :

        souffrance foetale : |0. non |1. oui

        accouchement programmé : |0. non |1. oui

        grossesse prolongée : |0. non |1. oui

        pathologie maternelle : |0. non |1. oui

        pathologie foetale : |0. non |1. oui

        rupture : |0. non |1. oui

        autre : |0. non |1. oui

        si oui, précisez : .....

Mode d'accouchement : |1. voie basse spontanée  
|2. voie basse opératoire  
|3. césarienne

    si césarienne en cours de travail, motif :

        souffrance foetale : |0. non |1. oui

        dystocie : |0. non |1. oui

        cause maternelle : |0. non |1. oui

        autre : |0. non |1. oui

        si oui, précisez : .....

Anesthésie/analgésie en cours de travail :

aucune :

|0. non |1. oui

péridurale :

|0. non |1. oui

rachianesthésie :

|0. non |1. oui

anesthésie générale :

|0. non |1. oui

autre :

|0. non |1. oui

Etat de l'enfant à la naissance :

|1. né vivant

|2. mort avant travail

|3. mort pendant travail

|4. mort-né

Poids du placenta (g) :

||||

## VII. Mère après l'accouchement

Complication ou pathologie : 0. non 1. oui  
si oui,  
hémorragie : 0. non  
1. oui sans transfusion  
2. oui avec transfusion

infection : 0. non  
1. oui, de gravité modérée  
2. oui, sévère  
si sévère, précisez : .....

thrombo-embolie : 0. non  
1. phlébite  
2. embolie  
3. phlébite + embolie  
4. autre  
si autre, précisez : .....

Infection ou pathologie mammaire empêchant l'allaitement au sein ou l'utilisation du lait maternel : 0. non 1. oui

Autre complication ou pathologie maternelle empêchant l'allaitement au sein ou l'utilisation du lait maternel : 0. non 1. oui

Autre complication ou pathologie : 0. non 1. oui  
précisez : .....  
.....

Interventions :  
hystérectomie : 0. non 1. oui  
autre : 0. non 1. oui  
si autre, précisez : .....  
.....

Transfert ou mutation de la mère pour pathologie : 0. non 1. oui  
si oui,  
1. réanimation  
2. autre service,

Date du transfert : ||||||

Date de sortie de la maternité : ||||||





N° d'Identification :

Date de remplissage :

## Données du nouveau-né à extraire du dossier des maternités

### I. En salle de naissance

Date :

Sexe : 1. masculin  
2. féminin  
3. indéterminé

Né vivant : 0. non 1. oui

si mort né, cause suspectée du décès : .....

Anaph, en clair : .....

si né vivant :

mesurations : poids :     gr

taille :   cm

périmètre crânien :   cm

adaptation néonatale : coefficient d'Apgar :   à 1mn

à 3 mn

à 5 mn

équilibre acido-basique à la naissance :

lieu du prélèvement : 0. non fait

1. artère

2. veine

3. non précisé

pH :   ,

déficit en base :

température :    ,  °C

glycémie : 0. non faite

1. fait :

si fait, valeur : ..... mmol/l



Réanimation : 0. non 1. oui

si oui : aspiration sous laryngoscope : 0. non 1. oui

assistance ventilatoire : 0. non 1. oui

intubation trachéale : 0. non 1. oui

massage cardiaque : 0. non 1. oui

injections médicamenteuses : 0. non 1. oui

durée de la réanimation : || minute(s)

température en fin de réanimation : ||°C

Sortie de la salle de travail :

transfert immédiat : 0. suites de couches  
1. réanimation  
2. médecine néonatale  
3. chirurgie  
4. unité de néonatalogie en maternité  
5. décès  
6. autre

précisez : .....

si transfert, motif : 1. prématurité ou hypotrophie  
2. détresse respiratoire  
3. suspicion d'infection ou risque infectieux  
4. malformation

précisez : .....

|||,|| |||,|| (codes CIM)

5. autre

précisez : .....

|||,|| |||,|| (codes CIM)

## II. Résumé du séjour

L'enfant participe-t-il à un autre essai ou une autre étude : 0. non 1. oui

si oui, précisez : .....

Estimation de l'âge gestationnel par le pédiatre (SA) : ||

Vaccination : Hépatite B 0. non 1. oui

BCG 0. non 1. oui

Test de dépistage : hyperphénylalaninémie 0. non 1. oui

hypothyroïdie : 0. non 1. oui

170 HP : 0. non 1. oui

drépanocytose : 0. non 1. oui

mucoviscidose : 0. non 1. oui

autre test de dépistage : 0. non 1. oui



Alimentation (pendant le séjour) :

- 1. lait maternel
- 2. mixte
- 3. artificiel
- 4. diététique spéciale

Alimentation (en fin de séjour) :

- 1. lait maternel
- 2. mixte
- 3. artificiel
- 4. diététique spéciale

Si l'enfant a été alimenté avec du lait artificiel pendant son séjour, précisez la (les) spécialité(s) :

.....  
.....

Evolution de la courbe de poids (J0 = jour de l'accouchement) :

Poids J1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poids J2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poids J3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poids J4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poids J5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### III. Pathologies

Lésions ou anomalies observées :

0. non 1. oui

si oui, 2 codes possibles :

1 Traumatisme cranio facial	6 Instabilité de la hanche
2 Paralysie faciale	7 Hernie (ombilicale ou inguinale)
3 Céphalématome	8 Autre lésion
4 Fracture de la clavicule	9 Autre anomalie
5 Paralysie du plexus brachial	

Malformations majeures n°1 :

0. non 1. oui

si oui, précisez :

1. certaine

2. suspectée

codes CIM :

|

Malformations majeures n°2 :

0. non 1. oui

si oui, précisez :

1. certaine

2. suspectée

codes CIM :

|

Infection : 0. non 1. oui  
 Si oui, 2 codes (*siège et germe*) : (1)  (2)

<u>(1) Siège :</u>	5 Urinaire
1 Septicémie	6 Cutané ou muqueux
2 Méningite	7 ORL - œil
3 Digestif	8 Ostéoarticulaire
4 Pulmonaire	9 Autre

<u>(2) Germe :</u>	08 Cytomégalovirus
01 Listéria	09 Virus herpétique
02 Streptocoque B	10 HIV
03 Colibacille	11 Autre virus
04 Autre cocci gram+	12 Toxoplasmose
05 Autre bacille gram-	13 Champignon
06 Anaérobie	14 Non identifié
07 Virus rubéole	90 Autre agent

Ictère (bilirubine totale > 250 umol/l) : 0. non 1. oui  
 si oui, traitement : 0. aucun  
1. photothérapie  
2. exsanguino transfusion

Autre pathologie : 0. non 1. oui  
 si oui, 3 codes CIM (*dans l'ordre de gravité*) :  
/| /| /|

Codes associés aux diagnostics lorsqu'ils ont pu être faits, et codes associés aux symptômes ou signes biologiques isolés seulement lorsqu'un diagnostic n'a pu être posé

#### IV. Sortie de la maternité

Date de sortie de la maternité : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Transfert secondaire :   |\_|0. non  
                              |\_|1. réanimation  
                              |\_|2. médecine néonatale ou unité kangourou  
                              |\_|3. chirurgie  
                              |\_|4. autre

si transfert : motif : prématurité ou hypotrophie :                   |\_|0. non |\_|1. oui  
                              détresse respiratoire :                   |\_|0. non |\_|1. oui  
                              suspicion d'infection ou risque infectieux :   |\_|0. non |\_|1. oui  
                              malformation :                                   |\_|0. non |\_|1. oui  
                              si oui, précisez : .....  
                              |\_|\_|\_|,|\_| |\_|\_|\_|,|\_| (codes CIM)  
                              autre :   |\_|0. non |\_|1. oui  
                              si oui, précisez : .....  
                              |\_|\_|\_|,|\_| |\_|\_|\_|,|\_| (codes CIM)

Durée du séjour dans le service de transfert :   |\_|\_| jours  
si transfert immédiat ou secondaire, retour à la maternité :  
  |\_|0. non |\_|1. oui

Décès (à coder seulement pour les enfants sortis vivants de la salle de travail) :  
  |\_|0. non |\_|1. oui  
si oui, âge au décès :                                   |\_|\_|  
cause décès (codes CIM) :                           |\_|\_|\_|,|\_|