

# 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 :	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Heure d'accouchement :	<input type="text"/>   <input type="text"/>   heures <input type="text"/>   <input type="text"/>   mn
Etat des membranes à l'admission :	<input type="text"/>  1. intactes <input type="text"/>  2. rompues
si rompues à l'admission :	
âge gestationnel en SA à la rupture :	<input type="text"/>   <input type="text"/>
délai entre rupture et début du travail :	<input type="text"/>   <input type="text"/>   jours <input type="text"/>   <input type="text"/>   heures
Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée :	<input type="text"/>   <input type="text"/>
Poids (kg) :	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>  ,  <input type="text"/>
Prise de poids totale :	<input type="text"/>   <input type="text"/>  ,  <input type="text"/>
Présentation :	<input type="text"/>  1. céphalique <input type="text"/>  2. siège <input type="text"/>  3. autre
Mode de début du travail :	<input type="text"/>  1. spontané <input type="text"/>  2. déclenché <input type="text"/>  3. césarienne avant travail
si déclenché ou césarienne avant travail, motif :	
souffrance foetale :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
accouchement programmé :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
grossesse prolongée :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
pathologie maternelle :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
pathologie foetale :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
rupture :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
autre :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
si oui, précisez : .....	
Mode d'accouchement :	<input type="text"/>  1. voie basse spontanée <input type="text"/>  2. voie basse opératoire <input type="text"/>  3. césarienne
si césarienne en cours de travail, motif :	
souffrance foetale :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
dystocie :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
cause maternelle :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
autre :	<input type="text"/>  0. non <input type="text"/>  1. oui
si oui, précisez : .....	



Anesthésie/analgesie 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 :

mensurations : 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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Poids J2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Poids J3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Poids J4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Poids J5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 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) :                   |\_|\_|\_|\_|,|\_|