

**FICHE de REPERAGE DES CAS EN MATERNITE – Version du 29 octobre 2008**

**NOM** et prénom de la patiente : .....

Date de naissance de la mère : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom de la personne ayant repéré le cas : .....

Nom de la structure : .....

Date d'accouchement : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]      Age gestationnel : [ ] [ ] SA+ [ ] jrs

Type de grossesse :       Simple  
(Remplir NN1 seulement)       Gémellaire  
(Remplir NN1 et/ou NN2 concerné(s))       Triple  
(Remplir NN1 et/ou NN2 et/ou NN3 concerné(s))

	<b>Nouveau Né 1</b>	<b>Nouveau Né 2</b>	<b>Nouveau Né 3</b>
Numéro d'accouchement :	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
<b>NOM</b> (si différent/mère)	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Poids	[ ] [ ] [ ] [ ] g	[ ] [ ] [ ] [ ] g	[ ] [ ] [ ] [ ] g

**Veillez compléter le cadre 1 OU le cadre 2 et 3 en fonction du cas repéré et du nombre d'enfant**

**Cadre 1 : Décès périnatal :** S'agit-il d'un nouveau-né déclaré ≥ 500g ou ≥ 22 SA ?

MFIU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Décès Per partum	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Décès néonatal	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Décès dans le cadre d'une interruption thérapeutique de grossesse ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

**Cadre 2 : Morbidité sévère :**

S'agit-il d'un <b>NN ≥ 35 SA + 0 jours?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Présentant un RCIU</b> (prendre la partie entière de l'AG (semaines révolues) → exemple : 37 + 6 jours correspond à 37 SA (« < ... g » veut dire « strictement inférieur » (non compris))			
< 2600g à 41 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 2550g à 40 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 2500g à 39 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 2300g à 38 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 2100g à 37 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 1900g à 36 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 1700g à 35 SA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Présentant un traumatisme obstétrical : (fracture MI MS, paralysie du plexus brachial, embarrure...)</b>			
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Présentant une suspicion clinique de détresse neurologique :</b>			
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Présentant une détresse respiratoire nécessitant une intubation ou une ventilation non invasive</b>			
(CPAP) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Cadre 3 : Transfert**

<b>Transféré en service de réanimation, néonatalogie, SI ou unité kangourou :</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Service de destination : .....			

Après l'avoir complétée, nous vous remercions par avance de nous faxer cette fiche au : **Fax 02.40.12.40.72**

**Pour tous renseignements complémentaires :**

B. BRANGER, R. COLLIN, C. GRAND JANY - Tél. : 02.40.48.55.81