ETUDE OPERA **Repérage des enfants nés du 1er octobre 2008 au 30 novembre 2010**

FICHE de REPERAGE DES CAS EN PEDIATRIE *(1 fiche / nouveau-né)*

Version du 29 octobre 2008

ATTENTION / si naissance au sein d'un autre réseau, NN non concerné

NOM de la structure : .....

Service de : .....

Numéro de dossier pédiatrique : |__|__|__|__|__|__|__|__| *(si besoin pour retrouver le dossier archivé)*

NOM et prénom du nouveau né : .....

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Poids : |__|__|__|__|

Age gestationnel à la naissance : |__|__| SA+|__| Jrs N° d'acct : |__|__|__|__|

Origine de l'enfant : ☐ Maternité de naissance Lieu et Nom : .....

☐ Service de pédiatrie Lieu et Nom : .....

NOM et prénom de la mère : .....

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Type de grossesse : ☐ Simple ☐ Gémellaire ☐ Triple

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

Veuillez compléter le cadre 1 ou le cadre 2 en fonction du cas repéré

Cadre 1 : Décès

Nouveau-né ≥ 500g ou ≥ 22 SA,

Décédé en service de réanimation, de néonatologie, SI ou unité kangourou ☐ OUI ☐ NON

Cadre 2 : Morbidité sévère

Nouveau-né ≥ 35 SA + 0 jours, hospitalisé dans votre service de réanimation, néonatologie, SI ou unité kangourou, présentant au moins 1 des critères suivants :

- RCIU sévère ☐ OUI ☐ NON
  - □ à 35 SA poids < 1700 gr
  - □ à 36 SA poids < 1900 gr
  - □ à 37 SA poids < 2100 gr
  - □ à 38 SA poids < 2300 gr
  - □ à 39 SA poids < 2500 gr
  - □ à 40 SA poids < 2550 gr
  - □ à 41 SA poids < 2600 gr
- Traumatisme obstétrical ☐ OUI ☐ NON
- Suspicion clinique de détresse neurologique ☐ OUI ☐ NON
- Détresse respiratoire nécessitant :
  - une intubation ☐ OUI ☐ NON
  - une ventilation non invasive (CPAP) ☐ OUI ☐ NON
- Nouveau-né issu d'une grossesse multiple ☐ OUI ☐ NON

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