

Dossier inclusion

COCON - V2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age gestationnel :

1. Critères Inclusion

GRUPE 1 COCON

☐ **AG $\leq$ 31 SA+ 6 jours**

☐ **Poids de naissance $\leq$ 1500 g**

☐ **Pathologie néonatale sévère ci-dessous (quel que soit l'âge gestationnel)**

Respiratoire

☐ Hypoxémie réfractaire

Cardio-vasculaire

☐ Etat de choc cardiogénique, hypovolémique (ventilation invasive et amines >48h)

☐ Cardiopathie congénitale complexe nécessitant une intervention au cours de la première année

☐ Transposition des gros vaisseaux

☐ Canal atrio-ventriculaire

☐ Coarctation

☐ Tétralogie de Fallot

☐ Ventricule unique

☐ Sténose pulmonaire

☐ Autre cardiopathie avec retentissement fonctionnel

Malformation nécessitant une chirurgie majeure répétée et prolongée

☐ Hernie diaphragmatique

☐ Laparoschisis

☐ Omphalocèle

☐ Atrésie de l'œsophage

☐ Syndrome de Pierre Robin

☐ Malformation cérébrale

☐ Entérocolite ulcéro-nécrosante opérée

☐ Autre

Rénale ou urogénitale

☐ IRA organique ayant nécessité une dialyse

Neurologique

☐ Encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique ayant une indication d'hypothermie thérapeutique ou avec lésion cérébrale (grade II et III)

☐ Hémorragie intraventriculaire stade III ou IV ou LPV

☐ Pathologie de la substance blanche

☐ Accident vasculaire cérébral (AVC ; période périnatale)

☐ Microcéphalie inférieure à -2DS

☐ Macrocranie supérieure à +3DS

☐ Convulsions isolées avec traitement à la sortie

☐ **Exposition fœtus à l'alcool > 5 SA avec signes cliniques**

☐ TSAF (troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale)

☐ **Causes infectieuses**

- ☐ Causes infectieuses néonatales dans le 1er mois de vie
 - ☐ État de choc septique (ventilation invasive et amines >48h)
 - ☐ Méningite bactérienne
 - ☐ Méningo-encéphalite virale (hors Méningo-encéphalite à Enterovirus – Groupe 2)
 - ☐ Herpès
 - ☐ Varicelle
 - ☐ Autre
- ☐ Infections congénitales symptomatiques à Cytomégalo virus et autres foetopathies infectieuses (toxoplasmose, zika, rubéole)

☐ **Autres**

- ☐ Syndrome transfuseur – transfusé nécessitant traitement par laser ou amniodrainage
- ☐ Jumeau dont l'un est décédé quel que soit le terme
- ☐ ATCD familiaux de TND sévère au 1er degré
- ☐ Exposition prénatale au valproate de sodium
- ☐ Ictère néonatal sévère (bilirubine > 400 mmol/L)

GROUPE 2 COCON

☐ **AG 32-34 SA + 6 jours**

☐ **1500 g < poids de naissance ≤ 2000 g**

☐ **Pathologie modérée néonatale (quel que soit l'âge gestationnel)**

Pathologie infectieuse

- ☐ Méningo-encéphalite à Enterovirus en période néonatale

Pathologie neurologique

- ☐ Encéphalopathie ischémo-anoxique (stade I)
- ☐ Traumatologie crânienne avec lésion cérébrale
- ☐ Hypotonie néonatale non expliquée
- ☐ Malformation cérébrale de pronostic indéterminé

☐ **Exposition anténatale aux toxiques (quel que soit l'AG)**

- ☐ Exposition du fœtus à un traitement maternel systémique antinéoplasique
- ☐ Exposition à 3 substances toxiques licites ou illicites (tabac, drogues, psychotropes, lithium, valproate de sodium, etc.)

☐ **Exposition fœtus à l'alcool > 5 SA (quel que soit l'AG) sans signe clinique de foetopathie**

Exposition à l'alcool, sans signe clinique chez l'enfant (≥ 6 verres/occasion, répétés au moins 4 fois, ≥ 3 verres/jour sur 1 période d'un mois)

Critères d'inclusion RPO (Hors COCON)

☐ **Enfance en danger : enfant victime de traumatismes infligés (inclusion avant 1 an, quel que soit l'AG de naissance)**

- ☐ Traumatisme crânien
- ☐ Polytraumatisé
- ☐ Négligences graves nécessitant une hospitalisation (carence nutritionnelle)

☐ **Préma 35 SA – 36 SA + 6 (sans pathologie citée dans les critères d'inclusion cocon) avec facteur de risque psychosociaux**

Le fait de cocher une seule des 4 lignes suffit pour l'inclusion de l'enfant :

- ☐ ≥ 2 drogues chez la mère
- ☐ Violences actuelles conjugales/intrafamiliales
- ☐ ATCD de mauvais traitements ou négligence grave
- ☐ Au moins **3 critères de vulnérabilité psycho-sociale** (cf. liste ci-dessous)

Critères de vulnérabilité psycho-sociale : Nb de cases cochées / ____ /

Constellation familiale et indicateurs sociaux familiaux :

- ☐ Mère de moins de 18 ans
- ☐ Isolement familial / famille monoparentale
- ☐ Migration-transplantation ou situation irrégulière
- ☐ Grossesse multiple
- ☐ Enfant en garde actuel placé : ☐ Foyer ☐ Famille d'accueil ☐ Tiers digne de confiance
- ☐ Enfant(s) ainé(s) placé(s) ou assistance éducative judiciaire
- ☐ Hébergement en foyer ou absence de domicile
- ☐ Situation de handicap parental ou dans la fratrie nécessitant un accompagnement
- ☐ Pauvreté et bas niveau socio-économique
- ☐ Assistante éducative judiciaire

Vulnérabilité familiale (de la mère, du père ou des parents) :

- ☐ Déni de grossesse
- ☐ Événements entraînant la rupture des liens affectifs
- ☐ Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles
- ☐ Dépression maternelle dans la période post-natale
- ☐ Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année
- ☐ Alcoolisme ou toxicomanie du père
- ☐ Troubles induits par une substance
- ☐ Perturbations psychologiques ou psychiatriques sévères actuelles dans le réseau familial
- ☐ Violences actuelles conjugales/intrafamiliales
- ☐ Expériences négatives vécues par les parents durant leur enfance
- ☐ Trouble stress aigu et trouble stress post-traumatique parental
- ☐ Enfant, quel que soit le terme, dont la mère a été hospitalisée pour décompensation psychiatrique pendant la grossesse ou les 6 premiers mois de vie de l'enfant

Issus de la Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et Adolescents (CFTMEA)

Groupe d'inclusion COCON :

- ☐ Inclusion Groupe 1
☐ Inclusion Groupe 2

Date de validation de l'inclusion par le médecin référent Cocon : _____

La date de l'inclusion COCON correspond à la date de sortie de l'établissement (hors HAD).

Consentement de la famille recueilli ☐

Renseigner le médecin ayant validé l'inclusion : _____

Exercice libéral : ☐ Oui ☐ Non

Si non, renseigner la structure : _____

2. Renseignements administratifs

L'ENFANT

Date de naissance :

Heure de naissance :

Lieu de naissance :

NIR ouvrant-droit :

MEDECINS

Médecin Référent RPO (qui assurera le suivi) : _____

Exercice libéral Oui ☐ Non ☐

Lieu d'exercice : _____

Médecin traitant de l'enfant : _____

Autre : _____

LES PARENTS

La famille

Statut des parents

- ☐ En couple
☐ Séparés ou divorcés
☐ Mère isolée

Nombre d'enfants vivants au foyer (y compris l'enfant inclus) :

Préciser : _____

Parent 1

Identité : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Catégorie socio-professionnelle : (liste déroulante)

- ☐ Agriculteurs exploitants/agricultrices exploitantes
- ☐ Artisans / Artisanes, commerçants / commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise
- ☐ Cadre et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employés / Employées
- ☐ Ouvriers / Ouvrières

Statut professionnel : (liste déroulante)

- ☐ Actif
- ☐ Au foyer
- ☐ Congé parental
- ☐ Chômage
- ☐ Elève, étudiant ou en formation
- ☐ Autre inactif (retraité ...)

Parent 2

Identité : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Catégorie socio-professionnelle : (liste déroulante)

- ☐ Agriculteurs exploitants/agricultrices exploitantes
- ☐ Artisans / Artisanes, commerçants / commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise
- ☐ Cadre et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employés / Employées
- ☐ Ouvriers / Ouvrières

Statut professionnel : (liste déroulante)

- ☐ Actif
- ☐ Au foyer
- ☐ Congé parental
- ☐ Chômage
- ☐ Elève, étudiant ou en formation
- ☐ Autre inactif (retraité ...)

Autre personne

- ☐ L'enfant ne vit pas avec ses parents

Contact administratif

Courrier à adresser à :

- ☐ parent 1
- ☐ parent 2
- ☐ autre personne, *si coché* :

Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Coordonnées : _____

3. Antécédents maternels et obstétricaux

ANTECEDENTS DE LA MERE

- ☐ Antécédents médicaux, *si coché* :
Préciser : _____
- ☐ Antécédents chirurgicaux, *si coché* :
Préciser : _____
- ☐ TND chez un frère une sœur ou un parent de 1er degré, *si coché* :
Préciser : _____
- ☐ Consanguinité parentale
- ☐ Autres, *si coché* :
Préciser : _____

GROSSESSE

Mode de procréation

- ☐ Grossesse spontanée
- ☐ Recours PMA, *si coché* :
 - ☐ Stimulation simple
 - ☐ IAD/IAC
 - ☐ FIV
 - ☐ FIV ICSI
 - ☐ Don d'ovocytes
 - ☐ Inconnu

Circonstance de naissance

- ☐ Grossesse unique
- ☐ Gémellaire, *si coché* :
 - ☐ Bichoriale biamniotique
 - ☐ Monochoriale biamniotique
 - ☐ Monochoriale monoamniotique
 - ☐ Inconnu
- ☐ Triple ou plus, *si coché* :

- ☐ Monochoriale
- ☐ Autre
- ☐ Inconnu

Pathologie de la grossesse

☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ MAP
- ☐ RPDE > 24h
- ☐ Chorioamniotite confirmée

- ☐ Portage de Streptocoque B
- ☐ Séroconversion toxoplasmose
- ☐ Séroconversion rubéole
- ☐ VIH positif

- ☐ Pathologie vasculaire (HTA; Toxémie, pré-éclampsie..)
- ☐ RCIU
- ☐ HRP
- ☐ Placenta prævia hémorragique

- ☐ Diabète gestationnel sous insuline
- ☐ Diabète gestationnel non-insuliné

- ☐ Autre : _____

- ☐ Anomalies échographiques morphologiques, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ Avis CPDPN, *si coché* :

Préciser : _____

Marqueurs HT21

- ☐ Négatif
- ☐ Positif, *si coché* :
Préciser : _____
- ☐ Non réalisés

DPNI

- ☐ Négatif
- ☐ Positif, *si coché* :
Préciser : _____
- ☐ Non réalisé

Amniocentèse/choriocentèse

- ☐ Négative
- ☐ Positive, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Non réalisée

Traitements pendant la grossesse

☐ oui ☐ non

☐ Traitement à indication fœtale, *si coché* :

☐ Sulfate de magnésium

☐ Corticothérapie anténatale, *si coché* :

Dates : _____

☐ Traitement à indication maternelle, *si coché* :

☐ Traitement substitutif, *si coché* :

☐ Subutex

☐ Méthadone

☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Traitement antiépileptique, *si coché* :

☐ Acide valproïque (Depakine°)

☐ Lévétiracétam (Keppra°)

☐ Lamotrigine (Lamictal°)

☐ Gabapentine (Neurontin°)

☐ Clonazepam (Rivotril°)

☐ Carbamazepine (Tegretol°)

☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Traitement antalgique, *si coché* :

☐ Morphine

☐ Tramadol

☐ Codéine

☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Psychotropes, *si coché* :

☐ Thymorégulateurs, *si coché* :

☐ Lithium (Téralithe°)

☐ Lamotrigine (Lamictal°)

☐ Carbamazepine (Tegretol°)

☐ Antipsychotiques, *si coché* :

☐ Aripiprazole (Abilify°)

☐ Halopéridol (Haldol°)

☐ Loxapine (Loxapac°)

☐ Lévomépromazine (Nozinan°)

- ☐ Risperidone (Risperdal°)
- ☐ Amisulpride (Solian°)
- ☐ Cyamémazine (Tercian°)
- ☐ Quetiapine (Xeroquel°)
- ☐ Olanzapine (Zyprexa°)

☐ Antidépresseurs, *si coché* :

- ☐ Paroxétine (Deroxat°)
- ☐ Fluoxétine (Prozac°)
- ☐ Escitalopram (Seroplex°)
- ☐ Citalopram (Seropram°)
- ☐ Sertraline (Zoloft°)
- ☐ Clomipramine (Anafranil°)
- ☐ Amitryptiline (Laroxyl°)
- ☐ Venlafaxine (Effexor°)
- ☐ Duloxétine (Cymbalta°)
- ☐ Mirtazapine (Norset°)

☐ Anxiolytiques, hypnotiques, sédatifs, *si coché* :

- ☐ Hydroxyzine (Atarax°)
- ☐ Doxylamine (Donormyl°)
- ☐ Prazepam (Lysanxia°)
- ☐ Clonazepam (Rivotril°)
- ☐ Oxazepam (Seresta°)
- ☐ Lorazepam (Temesta°)
- ☐ Diazepam (Valium°)
- ☐ Alprazolam (Xanax°)

☐ Autres psychotropes, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Autre traitement spécifique (immunosuppresseur, chimiothérapie, radiothérapie..), *si coché* :

Préciser : _____

Addiction pendant la grossesse

☐ oui ☐ non

Si oui :

Type d'addiction (*plusieurs choix possibles*)

☐ Tabac, *si coché* :

- ☐ < 5 cig/j
- ☐ 5-10 cig/j
- ☐ 10-20 cig/j
- ☐ >20 cig/j
- ☐ Inconnu

☐ Alcool, *si coché* :

- ☐ Occasionnelle
 - ☐ Consommation $\geq$ 1-2 verres/j au moins 1 mois
 - ☐ Consommation $\geq$ 3 verres/j au moins 1 mois
 - ☐ Alcoolisations aiguës $\geq$ 2 à 5 verres au moins 4 fois
 - ☐ Alcoolisations aiguës $\geq$ 6 verres par occasion au moins 4 fois
 - ☐ Inconnu
 - ☐ Traitement de sevrage à l'alcool, *si coché* :
 - ☐ Acamprosate (Aotal)
 - ☐ Naltrexone (Revia)
 - ☐ Nalmefene (Selindro)
 - ☐ Autre, si coché :
- Préciser : _____
- Posologie maximale pendant la grossesse : _____

☐ Autres drogues, *si coché* : (plusieurs choix possibles)

- ☐ Cannabis
- ☐ Ecstasy
- ☐ Amphétamines
- ☐ Crack
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ Autre

Si sevrage d'une addiction pendant la grossesse (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Trimestre 1
- ☐ Trimestre 2
- ☐ Trimestre 3

Hospitalisation au cours de la grossesse

☐ oui ☐ non

Si Oui :

Préciser le lieu : _____

Date de début d'hospitalisation : _____

Transfert in utero

☐ oui ☐ non

4. ACCOUCHEMENT et prise en charge en salle de naissance

Gestité :

Parité (y compris l'enfant inclus) :

Accouchement

- ☐ Spontané
- ☐ Déclenchement

Mode accouchement

- ☐ Voie basse
- ☐ Voie basse instrumentale
- ☐ Césarienne, *si coché* :
 - ☐ Avant travail
 - ☐ Pendant le travail

Indication : _____

Présentation

- ☐ Céphalique
- ☐ Siège
- ☐ Transverse
- ☐ Inconnue

Clampage tardif du cordon ☐ oui ☐ non

Complications lors de l'accouchement ☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ Rupture utérine
- ☐ HRP (Hématome Rétro-Placentaire)
- ☐ Hémorragie de Benkiser
- ☐ Procidence du cordon
- ☐ ARCF
- ☐ Autre : _____

Age gestationnel à l'accouchement

Age gestationnel (en SA) : _____

Mensurations à la naissance

Poids de naissance (g) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

Taille de naissance (cm) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

PC de naissance (cm) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

APGAR à 5 min : _____

pH artériel : _____

Lactates : _____

Transfert post natal dans un autre établissement ☐ oui ☐ non

Gestes en salle de naissance

Gestes en salle de naissance ☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ Simple aspiration
- ☐ Ventilation masque
- ☐ Intubation
- ☐ MCE
- ☐ Adrénaline
- ☐ Surfactant en salle de naissance
- ☐ CPAP en salle de naissance
- ☐ Autre, *si coché :*

Préciser : _____

5. HOSPITALISATION NEONATALE

Lieu d'hospitalisation nouveau-né

- ☐ Type I
- ☐ Type IIa (néonatalogie)
- ☐ Type IIb (soins intensifs)
- ☐ Type III (réanimation)

Préciser le nom de l'établissement : _____

Protocole SDD ☐ oui ☐ non

Evolution lors de l'hospitalisation

Complications respiratoires ☐ oui ☐ non

Si oui, type de complications respiratoires :

- ☐ MMH, *si coché :*
 - ☐ Surfactant
- ☐ Immaturité cardio-respiratoire (apnée, bradycardie), *si coché :*
 - ☐ Caféine
 - ☐ Doxapram
- ☐ DRT (Déresse Respiratoire Transitoire)

- ☐ Inhalation méconiale, *si coché* :
 - ☐ Surfactant
- ☐ Pneumothorax, *si coché* :
 - ☐ Drain pleural
- ☐ Pneumomédiastin, *si coché* :
 - ☐ Drain pleural
- ☐ Chylothorax, *si coché* :
 - ☐ Drain pleural
- ☐ Malformations pulmonaires
- ☐ Hypoxémie réfractaire, *si coché* :
 - ☐ Surfactant
 - ☐ NO
- ☐ Hémorragie pulmonaire, *si coché* :
 - ☐ Surfactant
- ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

Si au moins un des items ci-dessus cochés, ouvrir tous les items ci-dessous jusqu'au domaine hémodynamique :

- ☐ Ventilation conventionnelle
- ☐ Ventilation haute fréquence
- ☐ CPAP nasale(ventilation non invasive)
- ☐ Lunettes nasales Haut Débit
- ☐ Lunettes nasales à Oxygène simples
- ☐ O2 et/ou support ventilatoire à 36 SA, *si coché* :
 - ☐ DBP (Dysplasie Broncho Pulmonaire) à 36 SA avec classification de sévérité, *si coché* :
 - ☐ DBP de type 1
 - ☐ DBP de type 2
 - ☐ DBP de type 3

Date de fin de tout support ventilatoire :

- ☐ Support ventilatoire au retour à domicile, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ Corticothérapie postnatale, *si coché* :
 - ☐ DBP
 - ☐ Défaillance hémodynamique

Complications hémodynamiques

☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ PCA, *si coché* :
 - ☐ Traitement médical, *si coché* :
 - ☐ Ibuprofène
 - ☐ Paracétamol

- ☐ Cathéter
- ☐ Ligature Chirurgical

- ☐ Choc, *si coché* :
 - ☐ Supérieure à 2 remplissages vasculaires consécutifs
 - ☐ Amines

☐ Autre : _____

Complications digestives

☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ Enteropathie (grade 1 Bell)
- ☐ Enterocolite Ulcéro-Nécrosante (grade 2 ou 3 Bell) avec traitement médical
- ☐ Perforation intestinale, *si coché* :
 - ☐ Traitement médical (alimentation parentérale et antibiothérapie)
 - ☐ Traitement chirurgical
- ☐ Syndrome du grêle court
- ☐ Autre, *si coché* :
Préciser : _____

Alimentation

- ☐ Perfusion, *si coché* :
 - Durée VVP (en jours) :
 - Durée KTVO (en jours) :
 - Durée KTECC (en jours) :
- ☐ Alimentation entérale, *si coché* :
Durée sonde naso-gastrique (en jours) :
- ☐ Autre, *si coché* :
Préciser : _____

Complications métaboliques

☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ Hypoglycémies sévères et prolongées
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Ictère sévère, *si coché* :
 - ☐ Exsanguino transfusion
- ☐ Autre, *si coché* :
Préciser : _____

Complications infectieuses

☐ oui ☐ non

Si oui :

- ☐ INB (infection néonatale bactérienne précoce) confirmée < ou= 72H
- ☐ Infection bactérienne secondaire confirmée (= hémoculture +)

☐ Infections nosocomiales, *si coché* :

Nombre :

☐ Infections fongiques, *si coché* :

Nombre :

☐ Méningite bactérienne

☐ Méningo-encéphalite virale, *si coché* :

☐ HSV

☐ Varicelle

☐ Entérovirus

☐ Autres

☐ Infection congénitale, *si coché* :

☐ CMV

☐ Toxoplasmose

☐ Autre

☐ Autres, *si coché* :

Préciser : _____

Complications hématologiques

☐ oui ☐ non

Si oui :

☐ Thrombopénie, *si coché* :

☐ Transfusion plaquettaire

☐ Immunoglobulines

☐ Anémie, *si coché* :

☐ Transfusion

☐ EPO

Si non, ouvrir tout de même

☐ Traitement préventif de l'anémie, *si coché* :

☐ EPO

☐ Fer

☐ Folinates

Complications neurologiques

☐ oui ☐ non

Si oui :

☐ Anoxo-ischémie, *si coché* :

Score de SARNAT le plus élevé entre H0 et H6

☐ Grade 1

☐ Grade 2

☐ Grade 3

Hypothermie conforme

☐ Oui

☐ Non

☐ Convulsions, *si coché* :

- ☐ Méningo-encéphalite
- ☐ Hypoglycémie sévère
- ☐ Hypocalcémie sévère
- ☐ AVC
- ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ Malformations congénitales, *si coché* :

Préciser : _____

Examens paracliniques

- ☐ EEG, *si coché* :

- ☐ Tracés tous normaux
- ☐ Altération transitoire
- ☐ Altération persistante
- ☐ Inconnue
- ☐ Autre

- ☐ ETF, *si coché* :

- ☐ Normale

- ☐ Anormale, *si coché (choix multiple)* :

- ☐ HIV1, *si coché (choix multiple)*:

- ☐ Droite
- ☐ Gauche

- ☐ HIV2, *si coché* :

- ☐ Droite
- ☐ Gauche

- ☐ HIV3, *si coché* :

- ☐ Droite
- ☐ Gauche

- ☐ HIV 4, *si coché* :

- ☐ Droite
- ☐ Gauche

- ☐ LMPV, *si coché* :

- ☐ Droite
- ☐ Gauche
- ☐ Cavitaire
- ☐ Non cavitaire

- ☐ Infarctus parenchymateux, *si coché* :

- ☐ Droite
- ☐ Gauche

- ☐ Atteinte des NGC

- ☐ Atteinte substance blanche

- ☐ Atteinte corticale

- ☐ Atteinte cervelet
- ☐ Hydrocéphalie
- ☐ Malformation cérébrale
- ☐ Ventriculomégalie unilatérale, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
- ☐ Calcifications cérébrales
- ☐ Kystes temporaux
- ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ IRM, *si coché* :
 - ☐ Normale
 - ☐ Anormale, *si coché (choix multiple)* :
 - ☐ HIV 1, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ HIV2, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ HIV3, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ HIV4, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ Infarctus parenchymateux, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ LMPV, *si coché* :
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche
 - ☐ Atteinte des NGC
 - ☐ Atteinte substance blanche
 - ☐ Atteinte corticale
 - ☐ Atteinte cervelet
 - ☐ Hydrocéphalie
 - ☐ Hyper intensité T1
 - ☐ Malformation cérébrale
 - ☐ Ventriculomégalie Unilatérale
 - ☐ Anomalie de la migration neuronale
 - ☐ Vasculopathie lenticulo-striée
 - ☐ Calcifications cérébrales
 - ☐ Kystes temporaux
 - ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Résultat en attente

Traitements

☐ Dérivation neurochirurgicale, *si coché*, type :

☐ DVP

☐ DSG

☐ DVE

☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

☐ Anticonvulsivant maintenu au long court *si coché*:

☐ Non

☐ Oui

☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

Autre chirurgie

Anomalies génétiques

☐ Oui ☐ non

Syndrome génétique suspecté ou confirmé

☐ Non

☐ Oui, *si coché* :

Préciser : _____

Retour à domicile

Date de retour à domicile : _____

Sortie en HAD

☐ Oui

☐ Non

Si oui, date de fin d'HAD : _____

6. Examen de sortie d'hospitalisation traditionnelle

Date de la visite : _____

Nom du médecin ayant réalisé l'examen : _____

Exercice libéral ☐ oui ☐ non

Si non, renseigner la structure : _____

Age corrigé au moment de la visite : *calcul automatique*

Age civil au moment de la visite : *calcul automatique*

☐ Circonstances défavorables lors de l'examen

DONNEES DE CROISSANCE (à la sortie)

Poids (en g) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

Taille (en cm) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

PC (en cm) : _____

- ☐ >90^{ème} percentile
- ☐ [10-90] percentile
- ☐ <10^{ème} percentile

ALIMENTATION

Allaitement

- ☐ maternel exclusif
- ☐ artificiel
- ☐ mixte
- ☐ autre situation, *si coché* :
Préciser : _____

Oralité

☐ normal ☐ anormal

Si normal, afficher et pré-cocher :

☐ Pas de difficultés ou petites difficultés facilement résolues

Si anormal coché :

- ☐ Réflexe hyper-nauséeux pendant la prise des biberons, régurgitations douloureuses, temps des tétées anormalement long
- ☐ Troubles de la motricité bucco-faciale (Fausse route et/ou toux, fuite de lait par la commissure des lèvres, ne réclame pas),
- ☐ Sonde gastrique après le terme corrigé, gastrostomie

EXAMEN NEURO-SENSORIEL

Examen auditif

☐ Normal ☐ Anormal

Si normal, afficher « Réagit aux bruits et à la voix »

Si anormal, afficher « Ne réagit pas aux bruits et à la voix (n'est pas attentif aux sons pendant l'examen) »

- ☐ PEA faits (! doit s'ouvrir même si examen auditif normal)
 - ☐ Audition normale
 - ☐ A recontrôler (doute), si coché (droite et/ou gauche):
 - ☐ Droite
 - ☐ Gauche

Examen visuel

☐ Normal ☐ Anormal

Si normal, afficher « Examen visuel normal »

Si anormal :

- ☐ Strabisme ou reflet pupillaire excentré
- ☐ Nystagmus
- ☐ Absence de contact oculaire
- ☐ Plafonnement, errance du regard
- ☐ Pas de clignement à la menace
- ☐ Pas d'exploration par le regard
- ☐ Hypersensibilité à la lumière
- ☐ Difficultés dans la poursuite visuelle horizontale (180°), si coché :
 - ☐ Discontinue
 - ☐ Absent

Examen ophtalmologique avant la sortie d'hospitalisation (! doit s'ouvrir même si examen visuel normal) :

- ☐ Non fait, si coché :
 - ☐ Pas d'indication
 - ☐ Prévu en externe
- ☐ Fait, si coché
 - ☐ Normal
 - ☐ Anormal, si coché :
 - ☐ Rétinopathie, si coché :

☐ Droite

☐ Gauche

Si droite ou gauche coché :

Stade de la rétinopathie : _____

Zone : _____

Si rétinopathie coché :

☐ Traitement par laser

☐ Traitement par injection intravitréenne anti-VEGF

☐ Autre, *si coché :*

☐ Cataracte

☐ Glaucome

☐ Chorioretinite

☐ Autre, *si coché :*

Préciser : _____

EXAMEN CLINIQUE

Motrice spontanée

☐ normale ☐ anormale

Si normale, afficher « Fluide, variable, complexe »

Si anormale :

☐ Peu fluide, stéréotypée

☐ Absente

Si médecin formé, observation des mouvements généraux

*Conditions d'observation : période d'éveil calme, en dehors de toute interaction, sans sucette, 2-3 minutes

(! doit s'ouvrir même si motricité spontanée normale)

☐ normal ☐ anormal

Si anormal, préciser : _____

Motricité globale

☐ normale ☐ anormale

Si normale, afficher « Posture symétrique, tonus axial et périphérique normal »

Si anormale :

Membres supérieurs

☐ Tonus normal

☐ Hypertonie, *si coché :*

☐ Unilatérale

☐ Bilatérale

☐ Hypotonie

☐ Asymétrie (coté hypertonique), *si coché :*

☐ Gauche

☐ Droite

Membres inférieurs

- ☐ Tonus normal
- ☐ Hypertonie, *si coché* :
 - ☐ Unilatérale
 - ☐ Bilatérale
- ☐ Hypotonie
- ☐ Asymétrie (coté hypertonique), *si coché* :
 - ☐ Gauche
 - ☐ Droite

Axe corporel

- ☐ Tonus normal
- ☐ Hypertonie (excès de tonus postérieur)
- ☐ Hypotonie
- ☐ Asymétrie (attitude en virgule)

Motricité fine

☐ normal ☐ anormal

Si normale, afficher « Ouverture des mains avec mouvements déliés des doigts »

Si anormale :

- ☐ Pouce adductus
- ☐ Peu d'ouverture des mains ; mouvements peu déliés des doigts
- ☐ Asymétrie, *si coché*,
 - ☐ Côté pathologique gauche
 - ☐ Côté pathologique droite

Crâne

☐ normal ☐ anormal

Si normale, afficher « Aucune anomalie de forme du crâne, fontanelles normales »

Si anormal :

- ☐ Torticolis
- ☐ Plagiocéphalie droite
- ☐ Plagiocéphalie gauche
- ☐ Plagiocéphalie postérieure
- ☐ Craniosténose
- ☐ Autre, *si coché* :
Préciser : _____

Régulation tonico-posturale (capacité à se regrouper en flexion, bassin enroulé, nuque détendue)

☐ normale ☐ anormale

Si normale, afficher « Facile, stable aux stimulations »

Si anormale :

- ☐ Difficile, attitude en hyper-extension ou en virgule mais regroupement possible avec soutien

☐ Difficultés importantes et persistantes malgré un soutien adapté (crispé en hyperextension)

Comportement

☐ normal ☐ anormal

Si normal, afficher « aucune anomalie de comportement »

Si anormal :

☐ Hyperexcitabilité

☐ Bébé trop sage, pas de sourire et/ou silencieux

☐ Autre : _____

Reflexes archaïques

☐ normal ☐ anormal

Si normal, afficher « aucune anomalie des réflexes archaïques »

Si anormal :

☐ Agrippement

☐ Agrippement faible, de courte durée

☐ Agrippement absent

☐ Redressement automatique

☐ Redressement automatique incomplet (difficile à obtenir)

☐ Redressement automatique absent

☐ Réflexe tonique asymétrique du cou

☐ Réflexe tonique asymétrique du cou incomplet

☐ Réflexe tonique asymétrique du cou absent

☐ Succion non nutritive

☐ Succion non nutritive insuffisante, peu de mouvements, inefficace

☐ Succion non nutritive, absente pas de mouvements

Autre

Préciser : _____

SYNTHESE de l'évaluation clinique

Remplissage automatique grâce aux items :

- Oralité
- Dépistage auditif
- Dépistage visuel
- Motrice spontanée
- Motricité globale
- Motricité fine
- Crâne
- Régulation tonico-posturale
- Comportement
- Réflexes archaïques
- Autre

Commentaires si besoin (texte libre)

PROPOSITION ACCOMPAGNEMENT

Soin prescrits

- ☐ Kiné motrice
- ☐ Psychomotricité
- ☐ Orthophonie
- ☐ Psychologue
- ☐ Ergothérapie

Orientation

- ☐ Orientation CAMSP
- ☐ Orientation autre institution, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ Equipe mobile
- ☐ PMI
- ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

Suivi spécifique

- ☐ Cardiologique
- ☐ Endocrinologique
- ☐ Gastro-entérologique
- ☐ Pneumologique
- ☐ Neurologique
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Orthopédique

- ☐ Néphrologique
- ☐ ORL
- ☐ Dermatologique
- ☐ Ophtalmologique
- ☐ Autre, *si coché* :

Préciser : _____

- ☐ ALD si coché, demande faite le