

DOSSIER NÉONATAL

Feuillet blanc à destination du réseau

Feuillet rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen

Feuillet bleu reste dans le classeur de l'enfant

ANTECEDENTS

Père

Niveau d'études non scolarisé primaire secondaire niveau BAC enseignement supérieur

Profession exercée _____

Mère

Niveau d'études non scolarisée primaire secondaire niveau BAC enseignement supérieur

Profession exercée _____

Nombre de frère(s) et sœur(s) à la maison ____

Langue(s) parlée(s) à la maison _____

Famille entourée isolée

Antécédents pathologiques familiaux (génétique, développemental, auditif, ophtalmologique...) oui non

si oui, préciser _____

GROSSESSE

Grossesse spontanée oui stimulation FIV/ICSI autre _____

Grossesse multiple oui non si oui, nombre de fœtus _____

si oui, événement(s) particulier(s) réduction embryonnaire
 décès de jumeau
 autre _____

Anomalie(s) fœtale(s) diagnostiquée(s) pendant la grossesse oui non

si oui, préciser _____

Caryotype oui non résultat _____

Traitement chronique pris pendant la grossesse oui non

si oui, préciser _____

Diabète gestationnel oui non

HTA gravidique oui non

Obésité de la mère oui non Si oui, BMI _____

Toxique(s) pendant la grossesse oui non
si oui, préciser tabac oui non
alcool oui non
cannabis oui non
autre drogue oui non préciser _____

Traitement substitutif oui non

si oui, préciser _____

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

Suivi psychologique ou psychiatrique oui non

si oui, préciser _____

Événements familiaux pendant la grossesse oui non

si oui, préciser décès _____

séparation _____

déménagement _____

autre _____

Transfert in utero oui non

Corticothérapie maturative oui non

si oui complète incomplète

si non pas d'indication manque de temps

autre _____

ACCOUCHEMENT

Lieu d'accouchement _____

Si grossesse multiple, rang de naissance _____

AG _____ SA + _____ jours

Si AG < 37 SA cause de prématurité spontanée médicalement consentie

préciser les circonstances _____

Naissance par voie basse voie basse assistée césarienne

RPM (> 12 heures) oui non

Chorioamniotite* oui non

Mensurations de naissance Poids _____ g

Taille _____ cm

Périmètre crânien _____ cm

Hypotrophie* non harmonieuse dysharmonieuse

Apgar à 1 minute _____ à 5 minutes _____

Réanimation à la naissance* oui non

Transfert postnatal (SMUR) oui non

PÉRIODE NÉONATALE

Séjour(s) hospitalier(s) (seulement les différents établissements hospitaliers)

Séjour n°1

Date d'entrée _____

Date de sortie _____

Lieu _____

Séjour n°3

Date d'entrée _____

Date de sortie _____

Lieu _____

Séjour n°2

Date d'entrée _____

Date de sortie _____

Lieu _____

Séjour n°4

Date d'entrée _____

Date de sortie _____

Lieu _____

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

Pathologies

Pathologie respiratoire

oui non

Durée d'intubation _____ jours NO _____ jours O2 ou PPC _____ jours

Broncho-dysplasie pulmonaire O2 ou PPC à J 28 oui non

O2 ou PPC à 36 SA oui non

Pathologie infectieuse

oui non

si oui, préciser **materno-fœtale confirmée**

oui non

nosocomiale

oui non

septicémie

oui non

septicémie

oui non

méningite

oui non

méningite

oui non

choc infectieux

oui non

choc infectieux

oui non

Pathologie digestive

ECUN

oui non

Degré de gravité*

I

IIA

IIB

IIIA

IIIB

Autres pathologies

Transfusion de produits sanguins labiles

oui non

Bilirubinémie > seuil exsanguino-transfusion

oui non

Hypothyroxinémie transitoire

oui non

si oui, traitée

oui

non

Pathologie(s) neurologique(s) oui non (si oui renseigner ci-dessous)

Convulsions confirmées

oui non

si oui

isolées

état de mal

Anomalies à l'imagerie

oui non

anomalies certaines de la substance blanche

HIV III ou dilatation ventriculaire ou HIV IV

HIV I ou HIV II

hydrocéphalie

valvée oui non

hyperechogénicité > 7 jours

préciser

autre

préciser

Anomalies EEG

oui non

Examen(s) réalisé(s)

EEG

ETF

scanner

IRM

Autres prises en charge

Cathétérisme central

oui non

Hypothermie contrôlée

oui non

Examen des fonds yeux oui non (si oui renseigner ci-dessous)

Dépistage normal oui non

Rétinopathie

grade à droite 1 2 3 4 5

grade à gauche 1 2 3 4 5

traitement oui non

Autre anomalie

oui non

préciser

Dépistage auditif oui non (si oui renseigner ci-dessous)

réactomètre

OEA

PEA

conclusions : à droite

normal

anormal

douteux

à gauche

normal

anormal

douteux

Lait maternel pendant l'hospitalisation oui non à la sortie oui non

Difficulté(s) pendant l'hospitalisation oui non

si oui, préciser -----

Traitement à la sortie

vitamine D traitement anti-reflux acide folique
 vitamine K fluor oxygène
 épaissement des repas fer autre -----

BILAN À LA SORTIE

Date -----

Examineur -----

Comportement général

Sommeil dort normalement dort peu dort beaucoup
Éveil actif très actif peu actif irritable
Pleurs normaux excessifs difficilement consolables
Prise alimentaire facile lente difficile

Mensurations	Poids ----- g	Croissance pondérale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Taille ----- cm	Croissance staturale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Périmètre crânien ----- cm	Croissance PC normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Examen somatique	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal <i>(si anormal renseigner ci-dessous)</i>
Revêtement cutané	<input type="checkbox"/> anormal	préciser -----
Appareil cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser -----
Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser -----
Transit	<input type="checkbox"/> anormal	préciser -----
RGO	<input type="checkbox"/> oui	
Palpation abdomen	<input type="checkbox"/> anormale	préciser -----
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser -----
Hanches	<input type="checkbox"/> anormales	préciser -----
Particularité(s) morphologique(s)	<input type="checkbox"/> oui	préciser -----
Malformation(s) congénitale(s)	<input type="checkbox"/> oui	préciser -----
Autre	<input type="checkbox"/> oui	préciser -----

EXAMEN NEUROSENSORIEL

Forme du crâne

Sutures bord à bord disjointes chevauchantes
Forme du crâne plagiocéphalie positionnelle autre -----

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

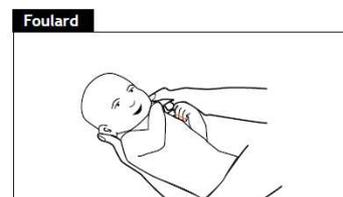
Trouble(s) auditif(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
Réponse à la voix	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir <input type="checkbox"/> absente	

Trouble(s) visuel(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
Interaction visuelle	<input type="checkbox"/> évitante ou impossible	
Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/> difficile ou absente	
Anomalie(s) oculaire(s)	<input type="checkbox"/> oui préciser _____	

Trouble(s) de la motricité globale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
Attitude spontanée	<input type="checkbox"/> hypertonie <input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> asymétrique	
Activité motrice spontanée	<input type="checkbox"/> pauvre, stéréotypée <input type="checkbox"/> asymétrique	
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> oui préciser _____	

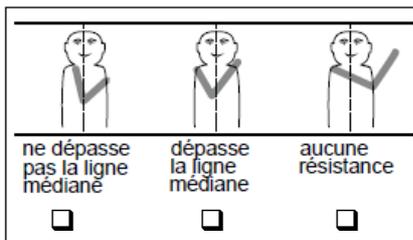
Soutenu en position semi-assise

- Ouverture de la main à droite oui non
 Ouverture de la main à gauche oui non
 Adductus du pouce à droite oui non
 Adductus du pouce à gauche oui non

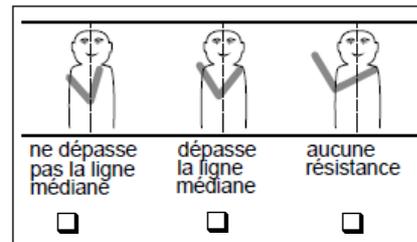


Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Foulard à droite

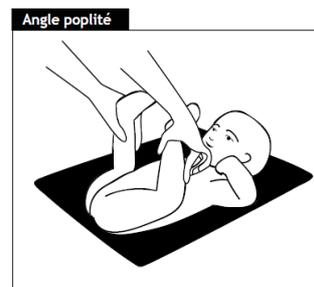


Foulard à gauche



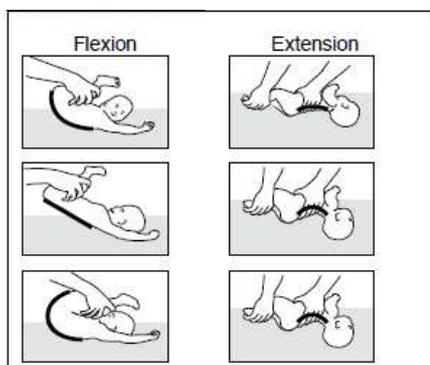
Tonus musculaire passif des membres inférieurs

- Angle poplité à droite $\geq 80^\circ$ $\leq 70^\circ$ aucune résistance
 Angle poplité à gauche $\geq 80^\circ$ $\leq 70^\circ$ aucune résistance
 Angle des adducteurs $\geq 40^\circ$ $\leq 30^\circ$ aucune résistance

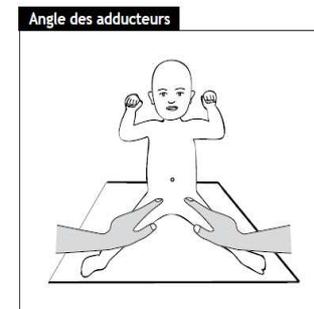


Tonus passif de l'axe

- Torticolis oui non
 Incurvations du tronc

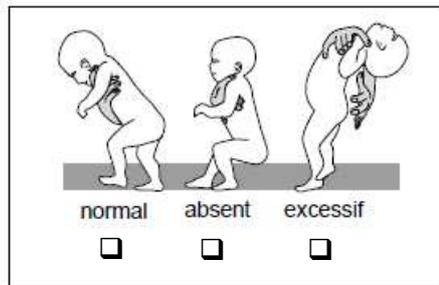


- flexion \geq à l'extension
 flexion < extension
 flexion et extension excessives



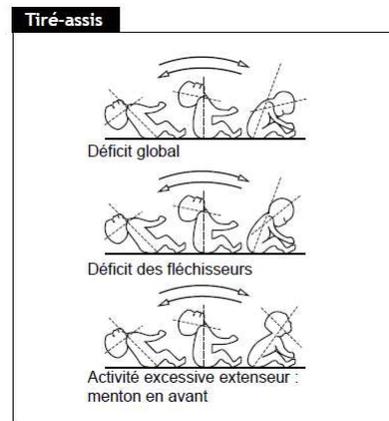
Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

Tonus actif de l'axe
Redressement global



- Tiré assis, vers l'avant
- facile dans l'axe
 - pénible
 - passif
 - impossible

- Poussé couché, retour vers l'arrière (extenseurs de la nuque)
- facile dans l'axe (freinage symétrique)
 - pénible
 - passif
 - réponse brusque



Axe corporel lors de la suspension ventrale

- Tête élevée dans l'axe pendante
- Tronc extension postérieure horizontal hypotonique

Balancier (élévation et extension du membre inférieur controlatéral)

- Balancier normal à droite oui non
- Balancier normal à gauche oui non

- Réponse à la traction (grasping)** normale faible asymétrique

Réflexes ostéotendineux rotuliens

- Rotulien droit normal diffusé absent
- Rotulien gauche normal diffusé absent



- Tolérance aux manipulations** bonne hyperexcitabilité déstabilisation

Examen neurologique	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> douteux	<input type="checkbox"/> anormal
Examen psychomoteur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> douteux	<input type="checkbox"/> anormal

BILAN DE LA CONSULTATION

Préconisation(s)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui, précisez ci-dessous)
Consultation de recours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		préciser _____
Examen complémentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		préciser _____
Autre(s) suivi(s) spécialisé(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
si oui,	<input type="checkbox"/> chirurgie viscérale	<input type="checkbox"/> ORL		
	<input type="checkbox"/> gastroentérologie	<input type="checkbox"/> ophtalmologie		
	<input type="checkbox"/> néphrologie	<input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation		
	<input type="checkbox"/> cardiologie	<input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique		
	<input type="checkbox"/> endocrinologie	<input type="checkbox"/> neurochirurgie		
	<input type="checkbox"/> génétique	<input type="checkbox"/> autre		_____
Prise(s) en charge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
si oui,	<input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/> psychologie		
	<input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> guidance		
	<input type="checkbox"/> ergothérapie	<input type="checkbox"/> orthophonie		
	<input type="checkbox"/> psychomotricité	<input type="checkbox"/> autre		_____
Orientation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
si oui,	<input type="checkbox"/> CAMSP	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> SESSAD	<input type="checkbox"/> autre _____
	préciser lequel _____			
Aide(s) proposée(s)				
	<input type="checkbox"/> Demande d'exonération du ticket modérateur			
	<input type="checkbox"/> Constitution d'un dossier MDPH Pour quelle demande ? : _____			
	<input type="checkbox"/> Allocation journalière de présence parentale			
	<input type="checkbox"/> Autre aide _____			

Commentaires

