

# 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

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

<b>Examen somatique</b>	<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.

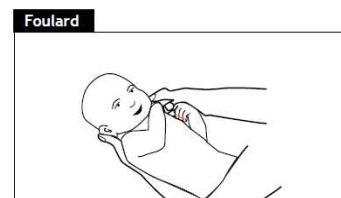
<b>Trouble(s) auditif(s)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>(si oui renseigner ci-dessous)</b>
<b>Réponse à la voix</b>	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> absente

<b>Trouble(s) visuel(s)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>(si oui renseigner ci-dessous)</b>
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 _____	

<b>Trouble(s) de la motricité globale</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>(si oui renseigner ci-dessous)</b>
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 _____	

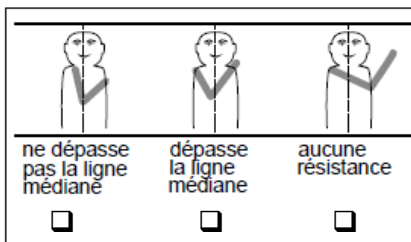
**Soutenu en position semi-assise**

- 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

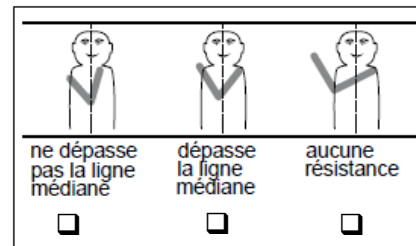


**Tonus musculaire passif des membres supérieurs**

Foulard à droite

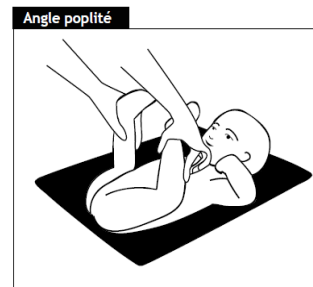


Foulard à gauche



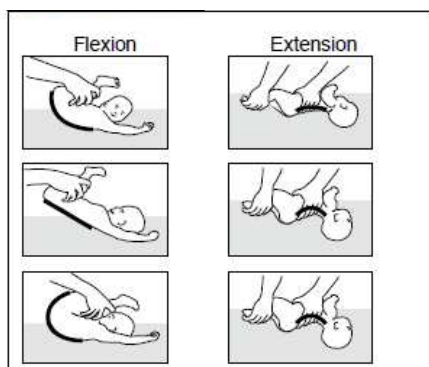
**Tonus musculaire passif des membres inférieurs**

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

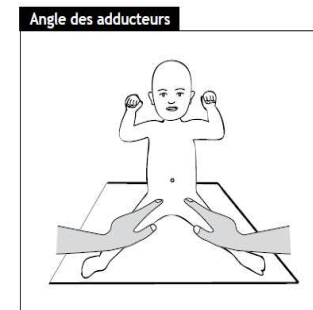


**Tonus passif de l'axe**

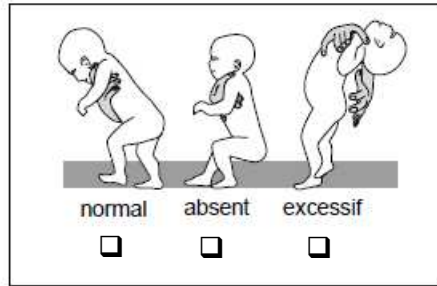
- Torticolis  oui  non  
 Incurvations du tronc



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

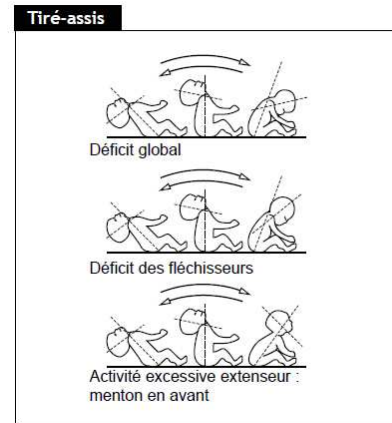


**Tonus actif de l'axe**  
Redressement global



- 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

<b>Examen neurologique</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> douteux	<input type="checkbox"/> anormal
<b>Examen psychomoteur</b>	<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 _____
<b>Autre(s) suivi(s) spécialisé(s)</b> <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		_____
<b>Prise(s) en charge</b> <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		_____
<b>Orientation</b> <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 _____			
<b>Aide(s) proposée(s)</b>				
	<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 _____			

<b>Commentaires</b>
_____
_____
_____