

|  |  |
| --- | --- |
| VARIABLES SURLIGNEES | **Variable indirectement identifiante – Transmise sous condition** |
| VARIABLES EN ROUGE | **Nom Variable** |
| ***Variables en vert*** | **Variables calculées** |
| ***Variables en marron*** | **Variables de synthèse/corrigé** |
| *MODALITÉS DE RÉPONSES (D\_NOM\_DICO)* | **Nom Dictionnaire** |
| Encadrements en noir  | **Blocs conditionnels** |

Les **variables DATE indirectement identifiantes** seront données en **âge gestationnel (SA+J)** calculé à partir de la date de naissance de l’enfant

****

**Questionnaire MATERNITÉ**

**ANNOTE**

**Données à recueillir à partir**

**du dossier maternel obstétrical**

**et de l’équipe obstétricale**

***Les définitions, codages et précisions nécessaires seront fournis dans le guide de l’enquêteur et / ou dans l’outil de collecte informatisée.***

**Table des matières**

**PARTIE MERE**

**CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA MERE page 3**

**ANTECEDENTS MATERNELS page 4**

**GROSSESSE ACTUELLE page 7**

**Généralités  page 7**

**Grossesse multiple page 9**

**Dépistage prénatal page 10**

**Discussions de limitation / d'interruption des soins, d'IMG page 11**

**Pathologie(s) et Hospitalisation(s) en cours de grossesse page 13**

**Traitements médicamenteux en cours de grossesse page 14**

**Hospitalisation se terminant par l’accouchement page 17**

**Parcours de la mère page 17**

**Pathologies page 18**

**Traitements page 23**

**Derniers examens avant le travail / la césarienne page 25**

**ACCOUCHEMENT page 31**

**Contexte, décisions page 31**

**Périnée, Histologie placentaire page 33**

**SEJOUR DE LA MERE EN MATERNITE page 34**

**PARTIE ENFANT**

**PARTIE A COMPLETER DANS UN CAS D’ IMG page 36**

**NAISSANCE page 36**

**PARTIE A COMPLETER DANS UN CAS D’ENFANT(S) MORT-NE(S) ou IMG page 38**

**PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE page 40**

**CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA MÈRE** Préfixé par : MERE\_MA

**Type d’accouchement l\_\_l ENR\_TYPE\_NAISSANCE**

 *1 : Singleton - 2 : Jumeau - 3 : Triplet - 4 : Quadruplet D\_TYPNAIS*

**Age de la mère à l'accouchement en année révolue**  l\_\_l\_\_l **COR\_AGE\_MERE**

Commune de résidence (en clair) :

………………… ………………………………………………………………………………… MERE\_MA4 Code postal l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MA5

Pays de naissance (en clair) : ……………………………………………………..……………… MERE\_MA6

n° insee l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MA7

 coder l\_\_l MERE\_MA8

 Données dossier maternité complété par les données de l’entretien maternel et 1 an COR\_PAYS\_NAISS

*1 : France D\_PAYS2F*

*2 : autre pays d’Europe*

*3 : pays d’Afrique du Nord*

*4 : autre pays d’Afrique,*

*5 : autre*

Nationalité (en clair) : ……………………………………………………..…………………… MERE\_MA9

 + coder : l\_\_l MERE\_MA11

*1 : France D\_PAYS2F*

*2 : autre pays d’Europe*

*3 : pays d’Afrique du Nord*

*4 : autre pays d’Afrique*

*5 : autre*

Couverture sociale : l\_\_l MERE\_MA12

*1 : Sécurité sociale*

*2 : CMU*

*3 : AME ou soins urgents D\_SOCIALE*

*4 : aucune*

La mère vit-elle en couple ? non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MA13

Situation vis-à-vis de l’emploi : l\_\_l MERE\_MA14

*1 : activité professionnelle*

*2 : chômage, recherche d’emploi D\_ACTIVITE*

*3 : au foyer*

*4 : étudiante*

*5 : autre*

Quelle est la profession de la mère, ou la dernière profession exercée ? (en clair) :

……………....……………………………………………………………………… MERE\_MA15

 + coder : l\_\_l\_\_l MERE\_MA16

*1 : agricultrice D\_PROFESSION*

*2 : artisan, commerçante*

*3 : cadre (profession libérale, professeur, ingénieur ...)*

*4 : profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)*

*5 : employée de la fonction publique ou administrative des entreprises*

*6 : employée de commerce*

*7 : personnel de service pour les particuliers*

*8 : ouvrière qualifiée*

*9 : ouvrière non qualifiée*

*0 : sans profession*

Situation vis-à-vis de l’emploi du conjoint/partenaire : l\_\_l MERE\_MA17

*1 : activité professionnelle*

*2 : chômage, recherche d’emploi D\_ACTIVITE*

*3 : au foyer*

*4 : étudiant*

*5 : autre*

Quelle est la profession du conjoint/partenaire, ou la dernière profession exercée ? (en clair) :

…………………………………………………………………………………………………… MERE\_MA18

+ coder : l\_\_l\_\_l MERE\_MA19

*1 : agriculteur**D\_PROFESSION*

*2 : artisan, commerçant*

*3 : cadre (profession libérale, professeur, ingénieur...)*

*4 : profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître...)*

*5 : employé de la fonction publique ou administrative des entreprises*

*6 : employé de commerce*

*7 : personnel de service pour les particuliers*

*8 : ouvrier qualifié*

*9 : ouvrier non qualifié*

*0 : sans profession*

**CSP du ménage (ou de la maman si vit seule) COR\_CSPMENAGE**

|  |
| --- |
|  1 : Cadre |
|  2 : Intermédiaire |
|  3 : Administratif, chef E, fonction publique, étudiant |
|  4 : Empl service,commerce |
|  5 : Ouvrier |
|  6 : Sans profession |

*Données dossier médical complété par l’entretien*

**ANTECEDENTS MATERNELS / PATERNEL** Préfixé par : MERE\_MB

##

**Taille de la mère** l\_\_l\_\_l\_\_l cm MERE\_MB1

**Poids de la mère avant cette grossesse** l\_\_l\_\_l\_\_l kg MERE\_MB2

**Taille du père de l’enfant** l\_\_l\_\_l\_\_l cm MERE\_MB3

**Poids du père de l’enfant** l\_\_l\_\_l\_\_l kg MERE\_MB4

## Antécédents médicaux MATERNELS

**HTA permanente en dehors d’une grossesse** : non=0, oui=1l**\_**\_l MERE\_MB5

**Diabète en dehors d’une grossesse** : non=0, oui=1l**\_**\_l MERE\_MB6

Si oui, *1 : diabète type 1 (insuliné) ;* l**\_**\_l MERE\_MB6A

*2 : diabète type 2 (régime seul, antidiab. oraux)*  *D\_DIABETE*

**Antécédent de troubles psychiatriques**:non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB7

Si oui, antécédent de dépression traitée : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB8

 antécédent de tentative de suicide : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB9

**Alcoolisme connu** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB10

**Toxicomanie connue** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB11

Si oui : cannabis : non=0, oui=1 l**\_\_**lMERE\_MB12

 cocaïne : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB13

 héroïne : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MB14

 autre : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MB15

 Si autre, précisez en clair ……………………………………………..…MERE\_MB15A

**Autre(s) pathologie(s) chronique(s) :** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB16

 Si oui,détails en clair MERE\_MB16A

## Antécédents obstétricaux

## **Nombre de grossesses antérieures :** l\_\_l\_\_l MERE\_MB17

## Si la grossesse actuelle est la 1ère grossesse, passer directement à la partie «grossesse actuelle»

**Antécédent de pré-éclampsie ouHTA gravidique** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB18

**Antécédent de RCIU ou hypotrophie** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MB19

## Remplir le tableau ci-dessous : MERE\_MB21\_1àMERE\_MB37\_10

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grossesse** | **Multiple**Non=0Oui=1 | **AG de l’issue***D\_AGISSUE*1 : > 37 SA 2 : 29-36 SA3 : 22-28 SA4 : 14-21 SA | **Si < 22 SA** | **Si > 22 SA** | **IMG :**  Non=0Oui=1 | **Malformation :**Non=0Oui=1Si oui, type de malf. en clair |
| 1 : IVG \*2 : FCS\*\**D\_IVG* | **Chirurgie / curetage**Non=0Oui=1 | 1 : Enfant né vivant 2 : Mort-né*D\_STATUTENF* | 1: Voie basse2:Cesar.*D\_ACCVOIE* |
| n°1  | |**21\_1**| | |**22\_1**| | |**23\_1**| | |**24\_1**| | |**25\_1**| | |**26\_1**| | |**27\_1**| | |**28\_1**|……**29\_1**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_1**| | |**31\_1**| | |**32\_1**| | |**33\_1**| | |**34\_1**| | |**35\_1**| | |**36\_1**|……**37\_1**……...... |
| n°2 | |**21\_2**| | |**22\_2**| | |**23\_2**| | |**24\_2**| | |**25\_2**| | |**26\_2**| | |**27\_2**| | |**28\_2**|……**29\_2**……....... |
| *si gémellaire* |  | |**30\_2**| | |**31\_2**| | |**32\_2**| | |**33\_2**| | |**34\_2**| | |**35\_2**| | |**36\_2**|……**37\_2**…....... |
| n°3 | |**21\_3**| | |**22\_3**\_| | |**23\_3**| | |**24\_3**| | |**25\_3**| | |**26\_3**| | |**27\_3**| | |**28\_3**|……**29\_3**………....... |
| *si gémellaire* |  | |**30\_3**| | |**31\_3**| | |**32\_3**| | |**33\_3**| | |**34\_3**| | |**35\_3**| | |**36\_3**|……**37\_3**……...... |
| n°4 | |**21\_4**| | |**22\_4**| | |**23\_4**| | |**24\_4**| | |**25\_4**| | |**26\_4**| | |**27\_4**| | |**28\_4**|……**29\_4**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_4**| | |**31\_4**| | |**32\_4**| | |**33\_4**| | |**34\_4**| | |**35\_4**| | |**36\_4**|……**37\_4**……...... |
| n°5 | |**21\_5**| | |**22\_5**| | |**23\_5**| | |**24\_5**| | |**25\_5**| | |**26\_5**| | |**27\_5**| | |**28\_5**|……**29\_5**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_5**| | |**31\_5**| | |**32\_5**| | |**33\_5**| | |**34\_5**| | |**35\_5**| | |**36\_5**|……**37\_5**……...... |
| n°6 | |**21\_6**| | |**22\_6**| | |**23\_6**| | |**24\_6**| | |**25\_6**| | |**26\_6**| | |**27\_6**| | |**28\_6**|……**29\_6**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_6**| | |**31\_6**| | |**32\_6**| | |**33\_6**| | |**34\_6**| | |**35\_6**| | |**36\_6**|……**37\_6**……...... |
| n°7 | |**21\_7**| | |**22\_7**| | |**23\_7**| | |**24\_7**| | |**25\_7**| | |**26\_7**| | |**27\_7**| | |**28\_7**|……**29\_7**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_7**| | |**31\_7**| | |**32\_7**| | |**33\_7**| | |**34\_7**| | |**35\_7**| | |**36\_7**|……**37\_7**……...... |
| n°8 | |**21\_8**| | |**22\_8**| | |**23\_8**| | |**24\_8**| | |**25\_8**| | |**26\_8**| | |**27\_8**| | |**28\_8**|……**29\_8**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_8**| | |**31\_8**| | |**32\_8**| | |**33\_8**| | |**34\_8**| | |**35\_8**| | |**36\_8**|……**37\_8**……...... |
| n°9 | |**21\_9**| | |**22\_9**| | |**23\_9**| | |**24\_9**| | |**25\_9**| | |**26\_9**| | |**27\_9**| | |**28\_9**|……**29\_9**…………… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_9**| | |**31\_9**| | |**32\_9**| | |**33\_9**| | |**34\_9**| | |**35\_9**| | |**36\_9**|……**37\_9**……...... |
| n°10 | |**21\_10**| | |**22\_10**| | |**23\_10**| | |**24\_10**| | |**25\_10**| | |**26\_10**| | |**27\_10** | |**28\_10**|……**29\_10**…… |
| *si gémellaire* |  | |**30\_10**| | |**31\_10**| | |**32\_10**| | |**33\_10**| | |**34\_10**| | |**35\_10** | |**36\_10**|……**37\_10**……...... |

**\*** **IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**\*\* FCS** : fausse-couche spontanée

**Antécédent de grossesse triple ou quadruple**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MB38

Si oui, remplir le tableau ci-dessous : MERE\_MB39\_1 à MERE\_MB47\_4\_2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grossesse***Mettre le n° de grossesse correspondant au tableau* *ci-dessus (si la grossesse n°3 était triple, coder « 3 » dans la case et remplir la ligne « triple »)* | **AG de l’issue**1 : > 37 SA 2 : 29-36 SA3 : 22-28 SA4 : 14-21 SA5 : <14 SA | **Si < 22 SA** | **Si > 22 SA** | **IMG :**  Non=0Oui=1 | **Malformation :**Non=0Oui=1Si oui, type de malf. en clair |
| 1 : IVG \*2 : FCS\*\* | **Chirurgie / curetage**Non=0Oui=1 | 1 : Enfant né vivant 2 : Mort-né | 1: Voie basse2:Cesar. |
| n°| \_| **mb39\_1** | *grossesse triple* | |\_\_| **mb40\_3\_1** | |\_\_| **mb41\_3\_1** | |\_\_| **mb42\_3\_1** | |\_\_| **mb43\_3\_1** | |\_\_| **mb44\_3\_1** | |\_\_| **mb45\_3\_1** | |\_\_| **mb46\_3\_1 mb47\_3\_1**….... |
|  | *grossesse quadruple* | |\_\_| **mb40\_4\_1** | |\_\_| **mb41\_4\_1** | |\_\_| **mb42\_4\_1** | |\_\_| **mb43\_4\_1** | |\_\_| **mb44\_4\_1** | |\_\_| **mb45\_4\_1** | |\_\_| **mb46\_4\_1 mb47\_4\_1**….... |
| n°|\_\_| **mb39\_2** | *grossesse triple* | |\_\_| **mb40\_3\_2** | |\_\_| **mb41\_3\_2** | |\_\_| **mb42\_3\_2** | |\_\_| **mb43\_3\_2** | |\_\_| **mb44\_3\_2** | |\_\_| **mb45\_3\_2** | |\_\_|  **mb46\_3\_2 mb47\_3\_2**…... |
|  | *grossesse quadruple* | |\_\_| **mb40\_4\_2** | |\_\_| **mb41\_4\_2** | |\_\_| **mb42\_4\_2** | |\_\_| **mb43\_4\_2** | |\_\_| **mb44\_4\_2** | |\_\_| **mb45\_4\_2** | |\_\_| **mb46\_4\_2 mb47\_4\_2**….... |

**Parité : Accouchement antérieur à 22SA ou plus**  l\_\_lMERE\_PARITECL

|  |
| --- |
| *0 = primipare D\_PARITECL* |
| *1 = 1* |
| *2 = 2 et +* |

# GROSSESSE ACTUELLE Prefixé par MERE\_MC

**Première consultation pour cette grossesse avant 15 SA, quel que soit le lieu :**

 non=0,oui=1 l\_\_lMERE\_MC1

**Suivi régulier de la grossesse (consultation mensuelle ou hospitalisation) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC2

**Tabac pendant la grossesse (même durée courte) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC3

Si oui, nombre moyen de cigarettes par jour l\_\_l\_\_l MERE\_MC4

Arrêt pendant la grossesse ? l\_\_l MERE\_MC5

 *0 : Non*  *D\_ARRET\_TABAC*

 *1 : Oui au cours du 1er trimestre*

 *2 : Oui au cours du 2ème trimestre*

 *3 : Oui au cours du 3ème trimestre*

 *4 : Oui, sans renseignement sur la date*

**Traitement de l’infertilité** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC6

Si oui : Type de traitement l\_\_l MERE\_MC7

 *1 : FIV avec ICSI D\_INFERTILITE*

 *2 : FIV sans ICSI*

 *3 : Insémination artificielle*

 *4 : Stimulation hormonale seule*

 Don de sperme : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC8

 Don d’ovocyte : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC9

 Don d’embryon : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC10

 Traitement de l’infertilité effectué en France : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC11

 si « non », préciser le pays …………*D\_PAYS*…………………………….MERE\_MC12A

 ( + code INSEE : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l )MERE\_MC12

**Date de début de grossesse estimée dans le dossier** (JJ/MM/AAAA)**:** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MC13

**Date des dernières règles** (JJ/MM/AAAA) :\_\_ l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_**l** MERE\_MC16

**Echographie 1er Trimestre** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC19

Si oui,

Nombre de fœtus au 1er trimestre : l\_\_lMERE\_MC20

Date de l’écho *(si pas de date, donner l’âge gestationnel)* : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MC21

 ou l\_\_l\_\_l SA + l\_\_l jours MERE\_MC24 MERE\_MC25

**Date écho calculée (SA)**  l\_\_l\_\_l **MERE\_MC21A (J)** l\_\_l **MERE\_MC21B**

Concernant le fœtus unique, ou un des fœtus si grossesse multiple :

LCC mesurée : l\_\_l\_\_l mm MERE\_MC26

Clarté nucale : l\_\_l,l\_\_l mm MERE\_MC27

Concernant un 2ème fœtus si grossesse multiple :

LCC mesurée : l\_\_l\_\_l mmMERE\_ MC28

Clarté nucale : l\_\_l,l\_\_l mm MERE\_MC29

Concernant un 3ème fœtus si grossesse multiple :

LCC mesurée : l\_\_l\_\_l mm MERE\_MC30

Clarté nucale : l\_\_l,l\_\_l mm MERE\_MC31

## Grossesse multiple

**Grossesse multiple (en début de grossesse):** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC32

Si non, passer à la partie « dépistage prénatal »

Si oui,

 **Nombre de fœtus :** l\_\_lMERE\_ MC33

Si deux : Chorionicité l\_\_l MERE\_MC34

*1 : bichorial / biamniotique*

*2 : monochorial / monoamniotique D\_CHORIONICITE*

*3 : monochorial / biamniotique*

Si  trois ou plus : Nombre de placentas l\_\_l MERE\_MC35

 Nombre de sacs amniotiques l\_\_l MERE\_MC36

 **Réduction embryonnaire (si < 15 SA) ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC37

 Si oui, de l\_\_l à l\_\_l embryon(s) MERE\_MC38 / MC39

 **Interruption sélective de grossesse (si > 15 SA) ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC40

 Si oui, de l\_\_l à l\_\_l fœtus MERE\_MC41 / MC42

 **Fausse-couche spontanée < 22SA d’un des fœtus ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC43

Si oui, nombre de fausses-couches spontanées < 22 SA l\_\_l MERE\_MC44

 A quel terme ? (la plus tardive si plusieurs) l\_\_l\_\_lSAMERE\_MC45

 **Syndrome transfuseur/transfusé**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MC46

 Si oui,

 **Traitement par laser**: non=0, oui=1, non documenté=9 l\_\_lMERE\_MC47

 Si oui, AG au début de traitement (1ère intervention) l\_\_l\_\_l SA MERE\_MC48

 **Amniodrainage**: non=0, oui=1, non documenté=9 l\_\_l MERE\_MC49

 Si oui, AG du 1er amniodrainage l\_\_l\_\_l SA MERE\_MC50

## **Autres pathologies spécifiques des grossesses multiples, préciser en clair** **:** MERE\_MC51

##

##

## **Cas difficiles, préciser en clair** : MERE\_MC53

##

##

## Dépistage prénatal Prefixé par MERE\_MD

**Dépistage de la Trisomie 21 ?** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MD1

 Si oui, Méthode l\_\_l MERE\_MD2

*1 = Combiné T1 D\_TRISOMIE*

*2 = Intégré T2*

*3 = Marqueur sériques uniquement T2*

Résultat pathologique : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ MD3

**Autres actes de diagnostic prénatal (pour au moins 1 fœtus si grossesse multiple) :**

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD4

Si oui,

**Echographie en centre de référence** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD5

**IRM** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD6

**Biopsie du trophoblaste** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ MD7

Si oui : date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MD8

**Date biopsie trop. calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_MD8A (J) l\_\_l MERE\_MD8B**

**Amniocentèse** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD11

Si oui : date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_ MD12

**Date amnio. calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_MD12A (J) l\_\_l MERE\_MD12B**

**Autre Prélèvement fœtal** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD15

Si oui : date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ MD16

**Date prélèv. fœtal calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_MD16A (J) l\_\_l MERE\_MD16B**

Préciser : MERE\_MD19

**Prélèvement de sang fœtal** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_ MD20

Si oui : date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ MD21

**Date prélèv. sang fœt. calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_MD21A (J) l\_\_l MERE\_MD21B**

**Caryotype réalisé** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD24

Si oui : résultat normal ? non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD25

Si résultat anormal, préciser en clair : MERE\_MD26

**Diagnostic prénatal d’une pathologie fœtale ou d’une séroconversion infectieuse** :

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MD27

Si oui, terme du diagnostic  l\_\_l\_\_l SA MERE\_MD28

Les principales pathologies : l\_\_l MERE\_MD29

 *1 : chromosomique  D\_PATHOFOETALE*

|  |
| --- |
|  *2 : génique  4 : malformation(s)*  |
|  *3 : infectieuse  5 : autre pathologie foetale*  |
|  |
|  |
|  |
|  autre : préciser ……………………………………………………………….MERE\_MD30  |
|  |
|  |
|  |

# Discussion anténatale de limitation ou d’arrêt des thérapeutiques, quels que soient le terme et l’issue (né vivant, mort-né ou IMG) Prefixé par MERE\_ME

# Pour cet enfant, ou un des enfants (en cas de grossesse multiple) y-a-t-il eu discussion d’IMG, de limitation ou d’arrêt des thérapeutiques devant se dérouler pendant la grossesse ?

#  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME1

Si «non», passer à la partie « Pathologie(s) et hospitalisation(s) en cours de grossesse »

Si «oui», renseigner les items suivants :

**Si grossesse multiple,** cela concerne (plusieurs réponses possibles)

# J1 / T1 : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME2

J2 / T2 : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME3

T3 : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME4

**Motif(s) ayant mené à la discussion** :

# Menace d’accouchement prématuré : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME5

# Rupture prématurée des membranes avant terme : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME6

# RCIU : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME7

# Causes maternelles : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME8

# Anomalies constitutionnelles fœtales, confirmées ou suspectées : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME9

# Autre : non=0, oui=1 l\_ l MERE\_ME10

Si oui, préciser en clair ……………………………………………………………………………….MERE\_ME11

Au cas où plusieurs motifs sont associés, y a-t-il un motif dominant ? non=0, oui=1 l\_\_**l** MERE\_ME12

Si oui, préciser en clair ……………………………………………………………………………….MERE\_ME13

**Y a-t-il eu une ou plusieurs discussion(s) pluridisciplinaire(s)** **?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME14

**Y a-t-il eu un ou plusieurs entretien(s) préalable(s) à la décision avec le ou les parent(s)?**

 non=0, oui=1 l\_\_ l MERE\_ME 15

Si oui, Avec le pédiatre: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME16

 Avec l’obstétricien: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME17

 Conjointement avec l’obstétricien et le pédiatre : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME18

 Contenu de l’entretien reporté dans le dossier médical : non=0, oui=1 l\_\_**l** MERE\_ME19

**Degré d’implication des parents dans la prise de décision :** l\_\_l MERE\_ME20

*1 : Les parents n’ont pas été informés de la prise d’une décision D\_DECISION*

*2 : Les parents ont été informés, sans qu’un avis ne leur ait été demandé*

*3 : L’avis des parents a été demandé*

*4 : Les parents ont décidé*

### Opinion des parents en anténatal :

 Demande d’IMG: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME21

 Poursuite de la grossesse : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME22

Si oui, l\_\_l MERE\_ME23

 *1 : Expectative et soins palliatifs à la naissance (si enfant vivant)  D\_POURSUITEG*

 *2 : Prise en charge active complète*

 Indécision : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME24

 Les parents s’en remettent à l’équipe médicale pour la décision : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME25

 Information non disponible : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME26

 Autre : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME27

 Si oui, préciser en clair ……………………………………………………………………. MERE\_ME28

**Décisions portant sur la poursuite de la grossesse :**

**Demande d’avis CPDP** : non=0, oui=1 I\_\_lMERE\_ME29

 Si oui : Conclusion du CPDP :

 Date (JJ/MM/AAA) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ME30

**Date conclusion CPDP calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_ME30A (J) l\_\_l MERE\_ME30B**

 Acceptation IMG non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME33

Si oui, pour motif : l\_\_l MERE\_ME34

 *1 : fœtal, 2 : maternel, 3 : les deux D\_IMGMOTIF*

**Demande d’IMG pour raison maternelle** (hors CPDP) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME35

 Si oui : Date attestation médicale l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_ME36

**Date attestation méd. calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_ME36A (J) l\_\_l MERE\_ME36B**

 Motif : ……………………………………………………………………………… MERE\_ME39

**Décision anténatale d’IMG ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME40

 Si oui, *1 : Avec foeticide*, l\_\_l MERE\_ME41

 *2 : Sans foeticide D\_FOETICIDE*

**Décision anténatale de limitation/abstention thérapeutique anténatale** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME42

 Si oui, objet de la décision :

 Renoncement à un transfert in utero : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME43

 Abstention d’une extraction césarienne : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME44

 Pas de surveillance par enregistrement du RCF : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME45

 Pas de décision d’extraction envisagée si anomalies du RCF : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME46

 Pas de corticothérapie anténatale : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ME47

**Décision anténatale de poursuite de la grossesse et de prise en charge et traitement** :

 non=0, oui=1 l\_\_| MERE\_ME48

**Au total : la situation a-t-elle débouché sur une mort fœtale in utero (MFIU) ?** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ME49

# Décisions anténatales portant sur la prise en charge pédiatrique anticipée à la naissance :

#  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ ME50

**Options de prise en charge** l\_\_l MERE\_ME51

*1 : Offrir une réanimation complète D\_CHARGE*

*2 : Ne pas réanimer, quel que soit l’ état à la naissance*

*3 : Réanimer selon l’état de l’enfant à la naissance*

*4 : Faire ou débuter soins palliatifs ou soins de confort en salle de naissance*

## **Pathologie(s) et Hospitalisation(s) en cours de grossesse** Préfixé par MERE\_MH

## **Hospitalisation(s) au cours de la grossesse** (en dehors de l’hospitalisation se terminant par l’accouchement traitée dans la suite du questionnaire) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH1

Si oui : *1 : rpm - 2 : infection  - 3 : pathologie hypertensive  - 4 : métrorragies  - 5 : autre*  *D\_HOSPMOTIF*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etablissement(Nom + Ville) | Terme (environ) à l’hospitalisation. | Motif d’hospitalisation  |
|  nom MERE\_MH2  ville MERE\_MH3 | L**\_**l\_\_l SAMERE\_MH4 | MERE\_MH5 *D\_HOSPMOTIF* autre : préciser MERE\_MH6 |
| nom MERE\_MH7 ville MERE\_MH8  | L\_l\_\_l SAMERE\_MH9 | MERE\_MH10*D\_HOSPMOTIF* autre : préciser MERE\_MH11 |
| nom MERE\_MH12ville MERE\_MH13 | |\_\_l\_\_l SAMERE\_MH14 | MERE\_MH15 *D\_HOSPMOTIF* autre : préciser MERE\_MH16 |

**Cerclage**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH17

Si oui, date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MH18

**Date cerclage calculée (SA) l\_\_l\_\_l MERE\_MH18A (J) l\_\_l MERE\_MH18B**

Indication : l\_\_l MERE\_MH21

 *1=prophylactique  - 2=échographique  - 3=en urgce pour dilatation*  *D\_CERCLAGE*

**Métrorragies 1er trimestre** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH22

**Métrorragies  2ème trimestre** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH23

**Métrorragies  3ème trimestre** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH24

**Diabète gestationnel** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MH25

**HTA pendant la grossesse** (PAS>=14mmHg et/ou PAD>=90mmHg) : non=0, oui=1l\_\_l MERE\_MH26

**Statut viral :**

HIV positif : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH27

HBV positif : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH28

HCV positif : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MH29

**Autres pathologies,**en clair :

………………………………………………………………………………………………………………MERE\_MH30

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Autres évènements pendant la grossesse (en dehors des évènements ayant conduits à l’accouchement)**, en clair :

…………………………………………………………………………………………………………………MERE\_MH31

Traitements médicamenteux en cours de grossessePréfixé par MERE\_MI

**Traitement(s) médicamenteux pris pendant le 1er trimestre de la grossesse mentionné dans le dossier médical**(y compris traitements hormonaux, ttt des pathologies aigües ou chroniques, anesthésiques…) :

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI1

Si oui, préciser en clair le(s) traitement(s) :……………………………… …………………….………MERE\_MI2

……………………………………………………………………………………………………………………………

Les items suivants concernent les traitements pris après le 1er trimestre, y compris ceux commencés au 1er trimestre :

**Traitement psychotrope mentionné dans le dossier** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI3

 Si oui : anxiolytiques : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI4

 antidépresseurs : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MI5

 somnifères : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI6

 autres en clair : ……………………………… …………………….……… MERE\_MI7

 …………………………………………………………………………………………………………..MERE\_MI8

##

## **Aspirine à faible dose :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI9

 Si oui, Indication (2 réponses possibles) l\_\_lMERE\_MI10 l\_\_l MERE\_MI11

*1= ATCD de RCIU ou de pré éclampsie*

*2= thrombophilie et/ou ATCD de pathologie thromboembolique D\_INDICATIONASP*

*3= ATCD d’avortements à répétition inexpliqués*

*4= Syndrome des anti-phospholipides ou autre pathologie immunologique*

 *5= autre : préciser en clair* MERE\_MI12AMERE\_MI12B

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_MI13 **date calculée (SA+J) MERE\_MI13A /MERE\_MI13B**

Date de fin (si arrêt) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI16 **date calculée (SA+J) MERE\_MI16A /MERE\_MI16B**

**Progestérone :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI19

 Si oui, Indication  (2 réponses possibles) l\_\_l MERE\_MI20 l\_\_l MERE\_MI21

 *1=ATCD d’accouchement prématuré ou de fausse couche tardive D\_INDICATIONPRO*

 *2=Col court*

 *3=Autre : précisez* ……………………………………… MERE\_MI22A MERE\_MI22B

 Si col court : mesure du col à la mise en place du traitement : l\_\_l\_\_l cm MERE\_MI23

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI24 **date calculée (SA+J) MERE\_MI24A /MERE\_MI24B**

Date de fin l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI27 **date calculée (SA+J) MERE\_MI27A /MERE\_MI27B**

 Voie d’administration : *1=per os / 2=Intra-Vaginal / 3=IM*  l\_\_l MERE\_MI30

 *D\_ADMINISTRATION*

## **Traitement antihypertenseur :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI31

Si oui :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *1 : Aldomet, 2 : Trandate,3 : Loxen, 4 : Adalate, 5 : Nepressol, 6 : Eupressyl* *7 : autre traitement à visée antihypertensive à =noter en clair* *D\_ANTIHYPERTENSEUR* | **Date de début** | **Date de fin** **si arrêt avant l’accouchement** | **Mode d’administ.**1=per os, 2=IV , 3=IM *D\_ADMINISTRATIONC* |
| MERE\_MI32 **autre :** MERE\_MI32A | MERE\_MI33- **MI33A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MI36 **MI36A / B**l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | l\_\_l MERE\_MI39 |
| MERE\_MI40 **autre :** MERE\_MI40A | MERE*\_*MI41 **MI41A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MI44 **MI44A / B**l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | l\_\_l MERE\_MI47 |
| MERE\_MI48 **autre :** MERE\_MI48A | MERE\_MI49 **MI49A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MI52 **MI52A / B**l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | l\_\_lMERE\_MI55 |

**Les dates calculées (SA+J) ont pour suffixes A & B**

## **Traitement antidiabétique :** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MI64

##

Si oui : Insuline : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MI65

**Traitement immunosuppresseur** (par exemple : corticothérapie au long cours, interféron…)

 non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MI66

Si oui : Nom commercial et /ou DCI: l\_\_l MERE\_MI67

|  |  |
| --- | --- |
| 1 : prednisone (cortancyl)  | 10 : methoject  *D\_IMMUNOSUP* |
| 2 : prednisolone (solupred)  | 11 : ciclosporine (neoral, sandimum)  |
| 3 : méthylprednisolone (solumédrol)  | 12 : mycophénolate mofétil (cellcept, myfortic)  |
| 4 : béclométhasone (bécotide)  | 13 : infliximab (remicade)  |
| 5 : budésonide (pulmicort)  | 14 : etanercept (enbrel)  |
| 6 : autres corticoïdes par voie locale (cutanée, nasale, occulaire)  | 15 : adalimumab (humira)  |
| 7 : azathioprine (imurel)  | 16 : rituximab (mabthera)  |
| 8 : 6-mercaptopurine  | 17 : autres  |
| 9 : méthotrexate  |  |

 autre: …………………………………………………………………………………………………………………. MERE\_MI67A

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI68 **date calculée (SA+J) MERE\_MI68A /MERE\_MI68B**

Date de fin (si arrêt) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI71 **date calculée (SA+J) MERE\_MI71A /MERE\_MI71B**

Nom commercial et /ou DCI: l\_\_l *D\_IMMUNOSUP* MERE\_MI74

 autre: ………………………………………………………………………………………………………… MERE\_MI74A

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ MERE\_MI75 **date calculée (SA+J) MERE\_MI75A /MERE\_MI75B**

Date de fin (si arrêt) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI78 **date calculée (SA+J) MERE\_MI78A /MERE\_MI78B**

**Corticothérapie à visée maturative :** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MI81

Si oui :

Date de la 1ère injection l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI82

 **date calculée (SA+J) MERE\_MI82A /MERE\_MI82B**

Date de la dernière injection l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI85

 **date calculée (SA+J) MERE\_MI85A /MERE\_MI85B**

Heure de la dernière injection l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MI88

Corticoïde utilisé pour la dernière injection : l\_\_l MERE\_MI90

1 : Bétaméthasone (=Célestène)

2 : Dexaméthasone (=Soludécadron**)** *D\_CORTICOIDE*

3 : autre, préciser en clair : …………………………………………… MERE\_MI91

Nombre total d’injections  l\_\_l\_\_l MERE\_MI92 Nombre de cures complètes l\_\_l MERE\_MI93

 *(1 cure complète = 2 injections si Béthamétasone ou 4 injections si Déxaméthasone)*

**Variable de synthèse (Equipe CArnaud)**

**Corticothérapie anténatale l\_\_l MERE\_STATUTCAN**

|  |  |
| --- | --- |
| 0="absence de CAN" | *D\_STATUTCAN* |
| 1="cure incomplète" | 4="2 cures ou plus avec délai <=7 jours" |
| 2="1 cure complète avec délai <=7 jours" | 5="2 cures ou plus avec délai > 7 jours" |
| 3="1 cure complète avec délai > 7 jours" | 6="Corticothérapie anténatale, information incomplète sur nbre/durée/delai des cures" |

**Au moins une cure de corticoïde complète** non=0, oui=1 **l\_\_l MERE\_CURECOMP**

**Rescue course** non=0, oui=1 **l\_\_l MERE\_RESCUE**

**Autre(s) traitement(s) (en dehors des traitements commencés lors de l’hospitalisation se terminant par l’accouchement :** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MI94

Si oui :

Nom commercial et /ou DCI en clair (1) : ……………………………………………………………………… MERE\_MI95

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI96 **date calculée (SA+J) MERE\_MI96A /MERE\_MI96B**

Date de fin (si arrêt) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI99 **date calculée (SA+J) MERE\_MI99A /MERE\_MI99B**

Nom commercial et /ou DCI en clair (2): ……………………………………………………………………… MERE\_MI102

Date de début l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI103 **date calculée (SA+J) MERE\_MI103A /MERE\_MI103B**

Date de fin (si arrêt) l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MI106 **date calculée (SA+J) MERE\_MI106A /MERE\_MI106B**

## **Hospitalisation se terminant par l’accouchement** Préfixé par MERE\_MJ

**Parcours de la mère**

**Etablissement d’accouchement**:

Etablissement de naissance : …………………………………………………………………………………………… ENR\_ETABNAISS

N° finess : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_|\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lENR\_FINESSNAISS

Type : 1 : I  / 21 : IIa   / 22 : IIb / 3 : III  *D\_ETABNIV*  l\_\_lENR\_NIVEAU2NAISS

Etablissement de naissance anonymisé : l\_\_l\_\_l ENR\_NUMETABNAISS

Date d’admission : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ5

**date calculée (SA+J) MERE\_MJ5A /MERE\_MJ5B**

Heure d’admission (hh:mm) si disponible dans dossier**:** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mnMERE\_MJ8 / 9

**Durée en minutes entre admission et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MJ9A**

Type de transport : 1= personnel / 2= ambulance / 3= SMUR-SAMU / 4= autre  *D\_TRANSPORT* l\_\_I MERE\_MJ10

Si autre, préciser en clair :………………………………………………………………………………………………… MERE\_MJ11

**La patiente était-elle déjà connue de l’établissement d’accouchement pour cette grossesse** (hospitalisation ou consultation) ?  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ12

**Transfert in utero (TIU) d’un autre établissement ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ13

Un transfert est :

- un changement d’établissement d’hospitalisation (n° finess géographique différent)

- par un vecteur de transport spécifique (exclusion du véhicule personnel) : SAMU/SMUR, Ambulance

- avec ou sans accompagnant médicalisé (médecin, sage femmes) ou infirmier

Si transfert in utero:

**Quel est l’établissement d’origine qui transfère ?**

Nom en clair : ……………………………………………………………………………………………………………. MERE\_MJ14

N°établissement anonymisé l\_\_l\_\_l MERE\_MJ14A

Ville : ……………………………………………………………………………………………………………………….. MERE\_MJ15

N° finess : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_|\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ16

Type : 1 : I  / 21 : IIa   / 22 : IIb / 3 : III  *D\_ETABNIV* l\_\_lMERE\_MJ17

**Durée de l’hospitalisation dans cet établissement avant transfert**:

 **< 24h**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ18

**Si >24h,** nombre de jours : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ19

**Traitement tocolytique pendant le transfert :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ20

**Traitement antihypertenseur pendant le transfert :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ21

**L’enfant est-il vivant au moment du transfert ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ22

Si absence de transfert in utero:

**La patiente a-t-elle été orientée ou adressée par un professionnel de santé, à la maternité où elle a accouché, pour une raison médicale maternelle ou fœtale ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ22A

*Une orientation est un changement de maternité de naissance par rapport au choix initialement prévu, pour des raisons médicales, à l’exclusion des transferts in utero.*

**Si l’établissement d’accouchement n’est pas de type III pour une naissance < 33 SA** :

**Motif d’accouchement d’un prématuré de <33SA dans un établissement de type I ou II :**

non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ23

Si oui :

Hospitalisation en accord avec les recommandations du réseau: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ24

Manque de place en type III : maternité et /ou en service de néonatologie : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ25

Manque de ressource de transfert (véhicule/personnel) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ26

Accouchement inopiné : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ27

MFIU : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ28

Autre : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ29

Si autre, préciser : ……………………………………………………………………………………………………………. MERE\_MJ30

## **Cas particulier d’admission (hors transfert in utero), préciser en clair** :

## ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… MERE\_MJ31

**Pathologies présentes à l’admission ou au cours de l’hospitalisation**

## **Rupture prématurée des membranes (RPM) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ32

## (Rupture des membranes au moins 12h avant l’entrée en travail)

Si oui,

 Date de la RPM \_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ33 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ33A /MERE\_MJ33B**

 Heure de la RPM l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MJ36 / 37

 **Durée en minutes entre RPM et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MJ37A**

Bilan à l’admission de l’hospitalisation pour RPM (ou lors de la RPM si elle survient en cours d’hospitalisation pour MAP) :

 CRP : l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l MERE\_MJ38

 Leucocytes : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l mm3 MERE\_MJ39

 Température corporelle : l\_\_l\_\_l , l\_\_l °C MERE\_MJ40

 Prélèvement Vaginal fait : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ41

Si oui, germes(s) retrouvé(s) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ42

si oui , 2 germes possibles l\_\_l MERE\_MJ43

 l\_\_l MERE\_MJ44

1 : Escherichia coli 4 : Candida, autre mycose D\_GERME

2 : Streptocoque B 5 : Autre bacille gram négatif

3 : Entérocoque 6 : Autre cocci gram positif

 7 : Autre germe

|  |  |
| --- | --- |
| *Variable corrigée Elsa, tronc commun* |  |
| **Age gestationnel à la rupture des membranes** | **mere\_ag\_rupture** |

## **Menace d’accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ45

## (= Modifications cervicales et / ou contractions utérines)

## **Date du 1er diagnostic de MAP au cours de cette grossesse**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ46

**date calculée (SA+J) MERE\_MJ46A /MERE\_MJ46B**

## **A l’admission,**

**TV fait ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ49

## Si oui,

## **Longueur du col** : 1 : long / 2 : mi-long / 3 : court D\_LONGCOL l\_\_l MERE\_MJ50

**Etat du col** : 1 : fermé / 2 : ouvert à 1 cm / 3 : ouvert à 2 cm ou plus *D\_ETATCOL* l\_\_l MERE\_MJ51

**Mesure échographique de la longueur du col mentionnée dans le dossier** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ52

Si oui, valeur : l\_\_l\_\_l mm MERE\_MJ53

**Métrorragies associées** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ54

**Contractions utérines (CU) douloureuses ressenties** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ55

**Nombre de CU au monitorage sur 20 minutes :** l\_\_l\_\_l MERE\_MJ56

**Pathologies hypertensives de la grossesse :**

## **HTA** (PAS >140 mm Hg et/ou PAD >90 mm Hg) **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ57

Si oui, date de diagnostic :l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ58**date calculée (SA+J) MERE\_MJ58A /MERE\_MJ58B**

## **Pré-éclampsie**(HTA + protéinurie > 0,3g/24h)**:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ61

Si oui, date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ62**date calculée (SA+J) MERE\_MJ62A /MERE\_MJ62B**

## **Eclampsie** (survenue d’une crise convulsive tonico-clonique dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse) **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ65

## Si oui, date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ66 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ66A /MERE\_MJ66B**

## **HELLP syndrome**(association d’une hémolyse, une cytolyse hépatique et d’une thrombopénie) **:**

##  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ69

## Si oui, date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ70 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ70A /MERE\_MJ70B**

## **Hématome rétro-placentaire (HRP) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ73

## **Infection bactérienne:** non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ74

Si oui : préciser (3 réponses possibles) l\_\_lMERE\_MJ75A l\_\_l MERE\_MJ75B l\_\_lMERE\_MJ75C

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 : infection urinaire basse  | 6 : infection pulmonaire  | *D\_INFECTIONBACTE*  |
| 2 : infection haute  | 7 : infection digestive  |  |
| 3 : infection vaginale  | 8 : infection ostéo-articulaire  |  |
| 4 : méningite/méningo-encéphalite  | 9 : autre, préciser  |  |
| 5 : infection orl  |  |  |

 Si autre : préciser : ………………………………………………………………………………………… MERE\_MJ75D..…………………………………………………………………………………………MERE\_MJ75E

## **Diagnostic ou suspicion de « Retard de Croissance Intra Utérine» (RCIU) ou « petit poids pour l’âge gestationnel » (PPAG) de l’enfant (ou 1er fœtus si grossesse multiple) :**

## non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ76

Si oui,

##  Date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ77 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ77A /MERE\_MJ77B**

 Poids fœtal estimé (PFE): l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g MERE\_MJ80

Percentile de poids retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ81

 ou

Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée : l\_\_l MERE\_MJ82

1 : PFE < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

 Périmètre abdominal (PA) : l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MJ83

 Percentile de PA retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ84

 ou

 Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ85

1 : PA < 3ème percentile *D\_PERCENTILE*

2 : < 5ème percentile

3 : < au 10ème percentile

 Arrêt de croissance (ou cassure de la courbe) diagnostiqué(e) par l’équipe :

 non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ86

## **Diagnostic ou suspicion de « Retard de Croissance Intra Utérine» (RCIU) ou « petit poids pour l’âge gestationnel » (PPAG) du 2ème fœtus si grossesse multiple :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ87

Si oui,

##  Date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ88 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ88A /MERE\_MJ88B**

 Poids fœtal estimé (PFE) l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g MERE\_MJ91

 Percentile de poids retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ92

 ou

 Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ93

1 : PFE < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

 Périmètre abdominal (PA) l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MJ94

 Percentile de PA retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ95

 ou

 Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ96

1 : PA < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

 Arrêt de croissance (ou cassure de la courbe) diagnostiqué(e) par l’équipe : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ97

## **Diagnostic ou suspicion de « Retard de Croissance Intra Utérine» (RCIU) ou « petit poids pour l’âge gestationnel » (PPAG) du 3ème fœtus si grossesse multiple :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ98

Si oui,

## Date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ99 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ99\_1 /MERE\_MJ99\_2**

Poids fœtal estimé (PFE) l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g MERE\_MJ102

Percentile de poids retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ103

ou

Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ104

1 : PFE < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

Périmètre abdominal (PA) l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MJ105

Percentile de PA retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ106

ou

Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ107

1 : PA < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

Arrêt de croissance (ou cassure de la courbe) diagnostiqué(e) par l’équipe : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ108

## **Diagnostic ou suspicion de « Retard de Croissance Intra Utérine» (RCIU) ou « petit poids pour l’âge gestationnel » (PPAG) du 4ème fœtus si grossesse multiple :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ98B

Si oui,

## Date de diagnostic : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ99B

## **date calculée (SA+J) MERE\_MJ99B\_1 /MERE\_MJ99B\_2**

Poids fœtal estimé (PFE) l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g MERE\_MJ102B

Percentile de poids retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_L MERE\_MJ103B

ou

Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ104B

1 : PFE < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

Périmètre abdominal (PA) l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MJ105B

Percentile de PA retenu pour le diagnostic : l\_\_l\_\_l MERE\_MJ106B

ou

Tranche de percentile si valeur exacte non mentionnée l\_\_l MERE\_MJ107B

1 : PA < 3ème percentile

2 : < 5ème percentile *D\_PERCENTILE*

3 : < au 10ème percentile

Arrêt de croissance (ou cassure de la courbe) diagnostiqué(e) par l’équipe : non=0, oui=1I\_\_lMERE\_MJ108B

## **Décompensation d’une pathologie chronique maternelle préexistante :**

##  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ109

Si oui, préciser en clair ……………………………………………………………………………………………………… MERE\_MJ110

Y avait-il eu un suivi spécialisé de cette pathologie pendant la grossesse : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ111

**Traitements médicamenteux au cours de l’hospitalisation se terminant par l’accouchement (dernière hospitalisation)**

## **Tocolyse au cours de la dernière hospitalisation :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ112

Si oui,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom commercial / DCI d\_tocolyse** | **Mode d’administ.****d\_administrationb** | **Date de début** | **Date de fin** **si arrêt avant l’accouchement** |
| MERE\_MJ113 **autre :** MERE\_MJ113A | MERE\_MJ114 l\_\_l | MERE\_MJ115 **MJ115A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MJ118 **MJ118A / B** l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l |
| MERE\_MJ121**autre :** MERE\_MJ121A | MERE\_MJ122l\_\_l | MERE\_MJ123 **MJ123A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MJ126 **MJ126A / B** L\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l |
| MERE\_MJ129**autre :** MERE\_MJ129A | MERE\_MJ130l\_\_l | MERE\_MJ131 **MJ131A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l | MERE\_MJ134 **MJ134A / B** L\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l |

**Les dates calculées (SA+J) ont pour suffixes A & B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *D\_TOCOLYSE* |  | *D\_ADMINISTRATIONB* |
| 1 : atosiban (tractocile)  |  | 1 : per os |
| 2 : nicardipine (loxen)  |  | 2 : IV |
| 3 : nifedipine (adalate)  |  |  |
| 4 : salbutamol (salbumol)  |  |  |
| 5 : autre  |  |  |

**Arrêt de la tocolyse** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ137

 Si oui, Date de l’arrêt définitif : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ138

 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ138A /MERE\_MJ138B**

 Motif de l’arrêt :

 Fin du traitement : non=0, oui=1 l\_\_l l\_\_lMERE\_MJ141

 Signe clinique d’infection : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ142

 Signe biologique d’infection : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ143

 Effet secondaire nécessitant l’arrêt du traitement : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ144

 Si effet secondaire, préciser en clair ………………………………………… MERE\_MJ145

 Rupture des membranes : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ146

 Autre : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ147

 Si autre, précisez en clair ………………………………………………………… MERE\_MJ148

##

## **Traitement anti-infectieux au cours de la dernière hospitalisation :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MJ149

Si oui,

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom commercial / DCI **d\_anti\_infect** | Mode admin°**d\_administrationc**  | Date de début  | Date de fin (si arrêt)*(même que date de début si dose unique)* | Indication :**d\_indicinfect** | Agent(s) infectieux identifié(s)non=0, oui=1 | Si oui, type d’agent(s) infectieux identifié(s)en clair  |
| **mere\_mj150** **autre : mere\_mj150a** | **mere\_mj151** | **mere\_mj152 MJ152A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | **mere\_mj155 MJ155A / B** l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | L\_\_l **mere\_mj158** | **mere\_mj159** | **mere\_mj160** |
| **autre : mere\_mj158a** |
| **mere\_mj161****autre : mere\_mj161a** | **mere\_mj162** | **mere\_mj163 MJ163A / B**l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | **mere\_mj166** **MJ166A / B** l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | l\_\_l **mere\_mj169** | **mere\_mj170** | **mere\_mj171** |
| **autre : mere\_mj169a** |
| **mere\_mj172** **autre : mere\_mj172a** | **mere\_mj173** | **mere\_mj174** **MJ174A / B** l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | **mere\_mj177** **MJ177A / B** l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l/l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_ | l\_\_l **mere\_mj180****autre : mere\_mj180a** | **mere\_mj181** | **mere\_mj182** |

**Les dates calculées (SA+J) ont pour suffixes A & B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *D\_ANTI\_INFECT* | *D\_ADMINISTRATIONC* | *D\_INDICINFECT* |
| 1 : amoxicilline (clamoxyl)  | 1 : per os | 1 : RPM |
| 2 : amoxicilline +acide clavulanique (augmentin)  | 2 : IV | 2 : prélèvement vaginal (pv) positif  |
| 3 : pénicilline v et g (oracilline, extencilline)  | 3 : IM | 3 : MAP à mb intacte  |
| 4 : céfixime (oroken)  |  | 4 : infection urinaire basse  |
| 5 : ceftriaxone (rocéphine) 6 : céfotaxime (claforan)  |  | 5 : autre  |
| 7 : erythromycine (erythrocine)  |  |  |
| 8 : spiramycine (rovamycine)  |  |  |
| 9 : josamycine (josacine)  |  |  |
| 10 : clindamycine (dalacine)  |  |  |
| 11 : autre traitement anti-infectieux   |  |  |

**Administration anténatale de Sulfate de Magnésium au cours de la dernière hospitalisation :**

 non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MJ183

Si oui,

 Indication : l\_\_lMERE\_MJ184

 préeclampsie = 1 / neuroprotection = 2 / autre = 3 *D\_INDICSULFMAG*

Date de la 1ère administration :  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MJ185

 **date calculée (SA+J) MERE\_MJ185A /MERE\_MJ185B**

 Dose totale reçue : l\_\_l\_\_l\_\_l gMERE\_MJ188

# Derniers examens avant le travail ou la césarienne : principaux résultats Préfixé par MERE\_MK

**Résultats cliniques :**

**Date :**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_MK1 **date calculée (SA+J) MERE\_MK1A /MERE\_MK1B**

**Heure :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK4 / MK5

**Durée en minutes entre derniers résultats clin. et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK5A**

**Température maternelle** : l\_\_l\_\_| , l\_\_l C° MERE\_MK6

**Douleur abdominale (ou utérine)** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK7

**Si rupture, couleur du liquide amniotique :** l\_\_lMERE\_MK8

clair=1 / teinté=2 / sanglant=3 / méconial=4 / purulent=5 *D\_AMNIOCOLOR*

**Tachycardie maternelle** (FC>90/min) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK9

**L’équipe juge-t-elle qu’il y a une chorioamniotite dans les 48 h précédant l’accouchement ?**

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK10

**Derniers résultats biologiques avant l’accouchement :**

**Date :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK11 **date calculée (SA+J) MERE\_MK11A /MERE\_MK11B**

**Heure :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK14 / MK15

**Durée en minutes entre derniers résultats bio. et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK15A**

**CRP**: l\_\_l\_\_l\_\_l mg/l MERE\_MK16

**Leucocytes :** l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l\_\_l mm3 MERE\_MK17

**Créatininémie :** l\_\_l\_\_l\_\_l µmol/l MERE\_MK18

En cas d’HTA essentielle, HTA gravidique, prééclampsie, eclampsie, HELLP syndrome, HRP, RCIU :

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK19

Si oui : **Derniers éléments cliniques et biologiques :**

Date du dernier bilan : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK20 **date calculée (SA+J) MERE\_MK20A /MERE\_MK20B**

 TAS > 140mmHg et /ou TAD > 90mmHg : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK23

Si oui, TAS la plus élevée : l\_\_l\_\_l\_\_l mmHg MERE\_MK24

TAD la plus élevée : l\_\_l\_\_l\_\_l mmHg MERE\_MK25

Dernière protéinurie / 24h : l\_\_l , l\_\_l g/l MERE\_MK26

Oligurie : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK27

Dernière diurèse : l\_\_l\_\_l\_\_l ml/24h MERE\_MK28

Œdème pulmonaire : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK29

Barre épigastrique : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK30

Survenue d’une crise convulsive tonico-clonique : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK31

Dernière créatininémie : l\_\_l\_\_l\_\_l µmol/l MERE\_MK32

Troubles neurologiques (troubles visuels, ROT polycinétiques, Céphalées) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK33

Dernier taux de plaquettes : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l / mm3 MERE\_MK34

Derniers taux de transaminases : ASAT :   l\_\_l\_\_l\_\_l UI/l MERE\_MK35

 ALAT :  l\_\_l\_\_l\_\_l UI/l MERE\_MK36

Hématome rétroplacentaire (HRP) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK37

**Grossesse Unique ou J1/T1 si grossesse multiple :**

**CHORIOAMNIOTITE CLINIQUE (Concerne les enfants inclus du tronc commun, créée par Héloïse Torchin)**

**Chorioamniotite clinique**  **mere\_chorio\_clinique**

|  |  |
| --- | --- |
| 0 : Pas de chorioamniotite clinique |  |
| 1 : Chorioamniotite clinique : T° maternelle ≥ 37.8°C + ≥ 2 critères parmi : tachycardie maternelle, tachycardie fœtale, LA purulent, douleurs utérines, hyperleucocytose maternelle ≥ 15 000/mm3 |  |
|  |  |
|  |  |

**Dernière écho-doppler, ou écho-doppler décisionnelle si ce n’est pas la dernière**

**Date:** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK38 **date calculée (SA+J) MERE\_MK38\_1 /MERE\_ MK38\_2**

**et heure** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK41 / MK42

**Durée en minutes entre dernière echo-doppler et accouchement J1** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK42A**

**Poids fœtal estimé (PFE) (de J1 si multiple)** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lg MERE\_MK43

**Périmètre abdominal (PA) (de J1 si multiple)** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK44

**Diagnostic de RCIU posé ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK45

Si oui : sur PFE = 1 / sur  PA = 2 / sur  les deux = 3 / autre = 4 *D\_RCIU* l\_\_l MERE\_MK46

**Périmètre crânien (PC) (de J1 si multiple)** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK47

**Longueur du fémur (de J1 si multiple)** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK48

**Oligoamnios** **(de J1 si multiple)** (grande citerne<2cm ou index amniotique <5) : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK49

**Diminution des mouvements fœtaux (de J1 si multiple)** **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK50

**Doppler ombilical (de J1 si multiple) fait** :  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK51

Si oui, résultat : l\_\_l MERE\_MK52

 1=Normal / 2= Pathologique avec diastole conservée / 3=Diastole nulle / 4=Reverse flow *D\_DOPPLEROMB*

**Doppler cérébral**  **(de J1 si multiple)** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK53

 Si oui, résultat : l\_\_l MERE\_ MK54

 1=normal / 2=Redistribution cérébrale / 3=Vasodilatation sans redistr° cérébrale  *D\_DOPPLERCERE*

**Ductus Venosus** **(de J1 si multiple) fait**:   non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK55

Si oui,onde «a » : l\_\_l MERE\_MK56

 1=Normale / 2=Diminuée / 3=Nulle / 4= « reverse flow **»** *D\_DUCTUS*

**Arrêt de la croissance (de J1 si multiple)** **jugée sur mesures biométriques :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK57

Si oui,  délai en jours ayant permis de poser le diagnostic : l\_\_l\_\_l j MERE\_MK58

**Dernier RCF (Rythme Cardiaque Fœtal)**

**Date du dernier enregistrement :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK59

**date calculée (SA+J) MERE\_MK59A /MERE\_MK59B**

**heure du dernier enregistrement** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK62 / 63

**Durée en minutes entre dernier RCF et accouchement J1** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK63A**

**Normal (pour J1 si multiple) ?** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK64

 Si non,

 **Plat ou très peu oscillant** **(pour J1 si multiple) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK65

**Tachycardie (pour J1 si multiple)** (fréquence cardiaque supérieure à 160/min):

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK66

**Décélérations (pour J1 si multiple)****?** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK67

**VCT  faite (Variabilité à court terme, par analyse informatisée du RCF) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK68

 Si oui,résultat du dernier VCT (pour J1 si multiple) : l\_\_l , l\_\_l ms MERE\_MK69

 date  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK70 **date calculée (SA+J) MERE\_MK70A/MERE\_MK70B**

 et heure : l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK73 / 74

**Durée en minutes entre VCT et accouchement J1** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK74A**

**SI GROSSESSE MULTIPLE : J2 / T2**

**Dernière écho-doppler, ou écho-doppler décisionnelle si ce n’est pas la dernière**

**Date:** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_MK75 **date calculée (SA+J) MERE\_MK75A /MERE\_MK75B**

**et heure** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK78 / 79

**Durée en minutes entre dernière echo-doppler et accouchement J2** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK79A**

**Poids fœtal estimé (PFE) de J2** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lg MERE\_MK80

**Périmètre abdominal (PA) de J2** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK81

**Diagnostic de RCIU posé pour J2 ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK82

Si oui : sur PFE = 1 / sur  PA = 2 / sur  les deux = 3 / autre = 4 *D\_RCIU* l\_\_l MERE\_MK83

**Périmètre crânien (PC) de J2** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK84

**Longueur du fémur de J2** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK85

**Oligoamnios** **de J2** (grande citerne<2cm ou index amniotique <5) : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK86

**Diminution des mouvements fœtaux de J2** **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK87

**Doppler ombilical de J2** **fait** :  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK88

 Si oui, résultat: 1=Normal / 2=Pathologique avec diastole conservée / 3=Diastole nulle / 4=Reverse flow l\_\_l

*D\_DOPPLEROMB*MERE\_MK89

**Doppler cérébral** **de J2** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK90

 Si oui, résultat : 1=normal / 2=Redistribution cérébrale / 3=Vasodilatation sans redistr° cérébrale  l\_\_l

*D\_DOPPLERCERE*MERE\_MK91

**Ductus Venosus** **de J2** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK92

Si oui,onde «a » : 1=Normale / 2=Diminuée / 3=Nulle / 4= « reverse flow »  *D\_DUCTUS* l\_\_l MERE\_MK93

**Arrêt de la croissance de J2 :**   non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK94

 Si oui,  délai en jours ayant permis de poser le diagnostic l\_\_l\_\_l j MERE\_MK95

**Dernier RCF (Rythme Cardiaque Fœtal)**

**Date du dernier enregistrement :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK96 **date calculée (SA+J) MERE\_MK96A /MERE\_MK96B**

**heure du dernier enregistrement** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK99 / 100

**Durée en minutes entre dernier RCF et accouchement J2** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK100A**

**Normal pour J2** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK101

Si non,

 **Plat ou très peu oscillant** **de J2** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK102

 **Tachycardie de J2** (**fréquence cardiaque supérieure à 160/min)**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK103

 **Décélérations de J2**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK104

**VCT  faite (Variabilité à court terme, par analyse informatisée du RCF) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK105

Si oui, résultat du dernier VCT de J2 : l\_\_l , l\_\_l ms MERE\_MK106

date : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK107 **date calculée (SA+J) MERE\_MK107A/MERE\_MK107B**

 et heure  l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK110 / 111

**Durée en minutes entre VCT et accouchement J2** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK111A**

**SI GROSSESSE MULTIPLE : T3**

**Dernière écho-doppler, ou écho-doppler décisionnelle si ce n’est pas la dernière**

**Date** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK112 **date calculée (SA+J) MERE\_MK112A /MERE\_MK112B**

 **et heure :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK115/ 116

**Durée en minutes entre dernière echo-doppler et accouchement T3** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK116A**

**Poids fœtal estimé (PFE) de T3** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lg MERE\_MK117

**Périmètre abdominal (PA) de T3** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK118

**Diagnostic de RCIU posé pour T3 ?** non=0, oui=1 *D\_RCIU* l\_\_l MERE\_MK119

Si oui : sur PFE = 1 / sur  PA = 2 / sur  les deux = 3 / autre = 4 l\_\_l MERE\_MK120

**Périmètre crânien (PC) de T3** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK121

**Longueur du fémur de T3** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK122

**Oligoamnios** **de T3** (grande citerne<2cm ou index amniotique <5) : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK123

**Diminution des mouvements fœtaux de T3** **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK124

**Doppler ombilical de T3** **fait** :  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK125

 Si oui, résultat: 1=Normal / 2= Pathologique avec diastole conservée / 3=Diastole nulle / 4=Reverse flow l\_\_l

 *D\_DOPPLEROMB* MERE\_MK126

**Doppler cérébral** **de T3** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK127

 Si oui, résultat : 1=normal / 2=Redistribution cérébrale / 3=Vasodilatation sans redistr° cérébrale  l\_\_l

 *D\_DOPPLERCERE* MERE\_MK128

**Ductus Venosus** **de T3** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK129

Si oui,onde «a » : 1=Normale / 2=Diminuée / 3=Nulle / 4= « reverse flow »  *D\_DUCTUS* l\_\_l MERE\_MK130

**Arrêt de la croissance de T3 :**    non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK131

 Si oui,  délai en jours ayant permis de poser le diagnostic l\_\_l\_\_l j MERE\_MK132

**Dernier RCF (Rythme Cardiaque Fœtal)**

**Date du dernier enregistrement :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK133

**date calculée (SA+J) MERE\_MK133A /MERE\_MK133B**

**et heure du dernier enregistrement** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK136 / 137

**Durée en minutes entre dernier RCF et accouchement T3** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK137A**

**Normal pour T3** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK138

Si non,

 **Plat ou très peu oscillant** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK139

 **Tachycardie de T3**  (**fréquence cardiaque supérieure à 160/min)**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK140

 **Décélérations de T3**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK141

**VCT  faite (Variabilité à court terme, par analyse informatisée du RCF) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK142

Si oui, résultat du dernier VCT de T3 : l\_\_l , l\_\_l ms MERE\_MK143

Date  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK144 **date calculée (SA+J) MERE\_MK144A /MERE\_MK144B**

et heure : l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK147 / 148

**Durée en minutes entre VCT et accouchement T3** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK148A**

**SI GROSSESSE MULTIPLE : T4**

**Dernière écho-doppler, ou écho-doppler décisionnelle si ce n’est pas la dernière**

**Date** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK149 **date calculée (SA+J) MERE\_MK149A /MERE\_MK1494B**

**et heure :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK152 / 153

**Durée en minutes entre dernière echo-doppler et accouchement T4** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK153A**

**Poids fœtal estimé (PFE) de T4** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lg MERE\_MK154

**Périmètre abdominal (PA) de T4** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK155

**Diagnostic de RCIU posé pour T4 ?** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK156

Si oui : sur PFE = 1 / sur  PA = 2 / sur  les deux = 3 / autre = 4*D\_RCIU*l\_\_l MERE\_MK154

**Périmètre crânien (PC) de T4** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK158

**Longueur du fémur de T4** l\_\_l\_\_l\_\_l mm MERE\_MK159

**Oligoamnios** **de T4** (grande citerne<2cm ou index amniotique <5) : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK160

**Diminution des mouvements fœtaux de T4** **:** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK161

**Doppler ombilical de T4** **fait** :  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK162

 Si oui, résultat: 1=Normal / 2= Pathologique avec diastole conservée / 3=Diastole nulle / 4=Reverse flow l\_\_l

 *D\_DOPPLEROMB* MERE\_MK163

**Doppler cérébral** **de T4** **fait**:   non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK164

 Si oui, résultat : 1=normal / 2=Redistribution cérébrale / 3=Vasodilatation sans redistr° cérébrale  l\_\_l

 *D\_DOPPLERCERE*MERE\_MK165

**Ductus Venosus** **de T4** **fait**:  non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_MK166

Si oui,onde «a » : 1=Normale / 2=Diminuée / 3=Nulle / 4= « reverse flow » *D\_DUCTUS*l\_\_l MERE\_MK167

**Arrêt de la croissance de T4 :**    non=0, oui=1 I\_\_IMERE\_MK168

 Si oui,  délai en jours ayant permis de poser le diagnostic l\_\_l\_\_l j MERE\_MK169

**Dernier RCF (Rythme Cardiaque Fœtal)**

**Date du dernier enregistrement :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK170 **date calculée (SA+J) MERE\_MK170A /MERE\_MK170B**

**et heure du dernier enregistrement :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK173 / 174

**Durée en minutes entre dernier RCF et accouchement T4** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK174A**

**Normal pour T4** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK175

Si non,

 **Plat ou très peu oscillant** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK176

 **Tachycardie de T4**  (**fréquence cardiaque supérieure à 160/min)**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK177

 **Décélérations de T4**: non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK178

**VCT  faite (Variabilité à court terme, par analyse informatisée du RCF) :** non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MK179

Si oui, résultat du dernier VCT de T4 : l\_\_l , l\_\_l ms MERE\_MK180

 Date l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MK181 **date calculée (SA+J) MERE\_MK181A/MERE\_MK181B**

 et heure  l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_MK184 / 185

**Durée en minutes entre VCT et accouchement T4** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MK185A**

 **ACCOUCHEMENT Préfixé par** MERE\_ML

**Accouchement** **à domicile** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_ML1

Pendant le transport : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ML2

 **Entrée en salle de travail  :**

- mère admise directement en salle de travail pour accouchement  : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ML3

- mère hospitalisée dans l’établissement d’accouchement avant l’accouchement :

 non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ML4

 Si oui, service d’hospitalisation : 1 = maternité / 2 = réanimation adulte / 3 = autre l\_\_l MERE\_ML5

 *D\_SERVICEHOSP*

 Si autre, précisez …………………………………………………………………………………… MERE\_ML5A

**Date de l’entrée en salle de travail :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ML6

**heure de l’entrée en salle de travail** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_ML9 / 10

**Durée en minutes entre entrée en salle de travail et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_ML10A**

**Dilatation du col à l’entrée en salle de travail :**  l\_\_l\_\_lcm MERE\_ML11

**Travail spontané =** l\_\_l MERE\_ML12

 1 : Travail spontané 2 : Déclenchement  3 : Césarienne avant travail  *D\_TRAVAILMOD*

Si « déclenchement » :

Technique de départ : l\_\_l MERE\_ML13

1 : Ocytocine +/- rupture des membranes

2 : Prostaglandine

3 : Misoprostol *D\_TECHDEPART*

4 : Rupture des membranes seule

5 : Autre, précisez ………………………………………………… MERE\_ML13A

Si « césarienne avant travail » :

 Programmée (au moins 24h avant) : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ML14

 Date: l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ML15

et heure  l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_ML18 / 19

**Durée en minutes entre césarienne avant travail et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_ML19A**

**Tocolyse au moment du début du travail ?** : non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_ML20

**Date de la rupture des membranes confirmée :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ML21

**Date de la rupture des membranes confirmée (SA + J)** l\_\_l\_\_l (SA) **MERE\_ML21A**  l\_\_l (J) **MERE\_ML21B**

**et heure de la rupture des membranes confirmée** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_ML24 / 25

**Durée en minutes entre rupture confirmée des memb. et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_ML25A**

**Rupture des membranes spontanée** : non=0, oui=1 l\_\_lMERE\_ML26

**Couleur du liquide amniotique juste avant l’accouchement**: l\_\_lMERE\_ML27

 1 : clair 3 : sanglant *D\_AMNIOCOLOR*

 2 : teinté 4 : méconial

 5 : purulent

**Si décision d’arrêt de la grossesse, c’est à dire déclenchement ou césarienne avant travail, motifs de décision :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | non=0, oui=1 |
| - HTA | MERE\_ML28 |
|  - Préeclampsie : indication maternelle de l’arrêt de grossesse  | MERE\_ML29 |
| - Préeclampsie : indication fœtale de l’arrêt de grossesse  | MERE\_ML30 |
| - Eclampsie | MERE\_ML31 |
| - HELLP syndrome | MERE\_ML32 |
| - HRP | MERE\_ML33 |
| - Infection materno-foetale ou suspicion d’infection materno-foetale | MERE\_ML34 |
| - Rupture prématurée des membranes sans signe d’infection | MERE\_ML35 |
| - Retard de croissance intra utérin | MERE\_ML36 |
| - Diabète | MERE\_ML37 |
| - Placenta Prævia hémorragique | MERE\_ML38 |
| - Autre pathologie maternelle :  Si oui, préciser en clair :…………… MERE\_ML39A…………………… | MERE\_ML39 |
| - Malformation fœtale | MERE\_ML40 |
| - Anomalies du RCF évoquant une hypoxie fœtale  | MERE\_ML41 |
| - Anomalie de la vct | MERE\_ML42 |
| - Anomalies des dopplers foetaux | MERE\_ML43 |
| - Autre pathologie fœtale :  Si oui, préciser en clair : ………………………. MERE\_ML44A………… | MERE\_ML44 |

## **Pour tous les cas, compte tenu du contexte au moment du travail, caractériser la prématurité** l\_\_lMERE\_ML45

1 : Prématurité induite = césarienne avant travail / travail déclenché *D\_PREMATURITE*

2 : Prématurité spontanée acceptée = arrêt intentionnel de tocolyse, absence

 intentionnelle de prescription de tocolyse, dilatation trop avancée pour tocolyse

3 : Prématurité spontanée non acceptée = échec de tocolyse

**Si travail, complications du travail avant l’accouchement :** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML46

Si oui, Métrorragies : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML47

Hyperthermie maternelle ≥ 38° : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML48

 Autre : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML49

Si autre, préciser en clair : …………………………………………………………. MERE\_ML49A

**Traitement(s) administré(s) en salle de travail :**

Nubain : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML50

Morphiniques (hors péridurale et AG) : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML51

Ocytociques – Syntocinon :non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML52

Antibiotiques : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML53

Si oui, type d’antibiotiques *D\_ANTI\_INFECT*l\_\_lMERE\_ML54

 Si autre : MERE\_ML54A

Indication : l\_\_lMERE\_ML55

1 : accouchement prématuré inexpliqué

2 : RPM

3 : antécédent IMF *D\_INDICANTIBIO*

4 : PV StreptoB+

5 : PV Ecoli+

6 : autre, préciser en clair : ………………………………………………… MERE\_ML55A

Antihypertenseurs : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML56

 Autres, préciser en clair : ………………………………………………………………… ……………… MERE\_ML57

**Date à 5 cm de dilatation du col :**  l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lMERE\_ML58

**et heure à 5 cm de dilatation du col** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_ML61 / 62

**Durée en minutes entre dilatation du col à 5cm et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_ML62A**

**Anesthésie péridurale :** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML63

**Rachianesthésie :** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML64

**Anesthésie Générale (AG) :** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_ML65

 Si oui, date de début d’AG : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_ML66

 et heure de début d’AG l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn MERE\_ML69 / 70

**Durée en minutes entre anesthésie générale et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_ML70A**

#### Périnée  Prefixé par MERE\_MN

**Etat du périnée après accouchement** : l\_\_lMERE\_MN1

1 : Intact

2 : Episiotomie *D\_PERINEE*

3 : Déchirure 1er ou 2ème degré

4 : Déchirure 3ème ou 4ème degré (complet)

## Histologie placentaire

***NOTE : les variables ..\_resume ont été mis à jour après retour au CR d'examen histologique (réalisé par ELSA LORTHE - concerne les enfants du tronc commun mort-nés ou nés vivants).***

**Examen histologique placentaire pratiqué :** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MN2

 **mere\_mn2\_resume**

Si oui,

 Résultats de l'examen histologique en attente? non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MN2A

 **mere\_mn2a\_resume**

**\* Signes de chorioamniotite** : MERE\_MN3

 **mere\_mn3\_resume**

1 : Absent

2 : Chorioamniotite sans funiculite *D\_CHORIO*

 3 : Funiculite

**\* Signes/pathologies vasculaires (HRP…) :** non=0, oui=1 MERE\_MN4

**\* Grossesses multiples** :

 Si jumeaux MERE\_MN5

 **mere\_mn5\_resume**

1 : bichorial / biamniotique

2 : monochorial / monoamniotique *D\_CHORIONICITE*

 3 : monochorial / biamniotique

# Si triplés ou quadruplés, description, en clair :………………………………………………… MERE\_MN6

……………………………………………………………………………………………………… MERE\_MN7

**mere\_info\_anapath : champs texte avec info des CR**

 **ANATOMOPATHOLOGIE PLACENTAIRE (Concerne les enfants inclus du tronc commun, créée par Héloïse Torchin)**

**Chorioamniotite histologique**  **mere\_anapath**

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Examen anatomopathologique du placenta non réalisé* |  |
| *1 : Examen anatomopathologique réalisé et absence de chorioamniotite histologique* |  |
| *2 : Chorioamniotite histologique (sans funiculite)* |  |
| *3 : Funiculite* |  |

**SEJOUR DE LA MERE EN MATERNITE Prefixé par** MERE\_MQ

Synthèse du séjour dans l’établissement d’accouchement

Avant l’accouchement

**Nombre de jours passés** **en Réanimation**  l\_\_l j MERE\_MQ1

 Pour quelles complications ? …………………………………………………………… MERE\_MQ1A

**Nombre de jours passés en Soins polyvalents continus** l\_\_l jMERE\_MQ2

 Pour quelles complications ? …………………………………………………………… MERE\_MQ2A

**Nombre de jours passés dans un autre service** (hors obstétrique/ réanimation / soins polyvalents

continus) : l\_\_l j MERE\_MQ3 Type de service : ……………………………………………… MERE\_MQ4

Après l’accouchement

**Nombre de jours passés** **en Réanimation**  l\_\_l j MERE\_MQ5

 Pour quelle complication ? …………………………………………………………… MERE\_MQ5A

**Nombre de jours passés en Soins polyvalents continus** l\_\_l jMERE\_MQ6

 Pour quelles complications ? …………………………………………………………… MERE\_MQ6A

**Nombre de jours passés dans un autre service** (hors obstétrique/ réanimation / soins polyvalents

continus) : l\_\_l j MERE\_MQ7 Type de service : ……………………………………… MERE\_MQ8

Complications maternelles graves ou pathologies graves des suites de couches :

**Hémorragie du post-partum**: non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ9

Si oui, transfusion: non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ10

**Complications de la préeclampsie**: non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ11

**Insuffisance rénale**: non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ12

**OAP** : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ13

**Complications cardiovasculaires** non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ14

**Autres** : non=0, oui=1l\_\_lMERE\_MQ15

Si oui, en clair: …………………………………………………………… MERE\_MQ15A

Sortie :

**Date de sortie de la maternité** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MQ16

**Sortie de maternité de la mère, nombre jours après l'accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MQ16A**

**Lieu de sortie :**  l\_\_lMERE\_MQ19

1=Domicile

2=Transfert pour complication dans un autre établissement *D\_SORTIE*

3=Transfert pour rapprochement mère-enfant

 Si « 2 » : motif de transfert : en clair ……………………………… MERE\_MQ19A

**Mode de sortie :** 1 = vivante / 2 = décédée *D\_SORTIEMOD* MERE\_MQ20

 Si décédée, **date de décès** : l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l MERE\_MQ21

 **Décès de la mère, nombre jours après l'accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **MERE\_MQ21A**

**motif du décès** en clair …………………………………………… MERE\_MQ24

**CONTEXTE DE NAISSANCE (Concerne les enfants inclus du tronc commun)**

**Contexte de pathologie vasculaire en 4 classes**  l\_\_I **MERE\_CONTEXTE\_HTA\_4\_CL**

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Pas d’HTA* | *D\_CONTEXTHTA* |
| *1 : HTA permanent en dehors de la grossesse* |  |
| *2 : HTA pendant la grossesse* |  |
| *3 : HTA hors et pendant la grossesse* |  |

**Contexte d’hématome rétro-placentaire(HRP) non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_CONTEXTE\_HRP**

**Contexte hémorragique non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_CONTEXTE\_HEMO**

**Contexte de rupture prématurée des membranes**  **non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_CONTEXTE\_RPM**

**Contexte infectieux en 4 classes l\_\_l MERE\_CONTEXTE\_INFECT\_CHORIO\_4CL**

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Pas de complication infectieuse, ni chorioamniotite* | *D\_CONTEXTINF* |
| *1 : Chorioamniotite sans autre complication infectieuse* |  |
| *2 : Complication infectieuse sans chorioamniotite* |  |
| *3 : Complication infectieuse + chorioamniotite* |  |

**MAP à membranes intactes  non=0, oui=1 l\_\_l MERE\_MAP\_SI**

**CAUSE DE PREMATURITE** *(concerne les singletons nés vivants 24-34SA+6J du tronc commun, à exclure enfants avec malformation, grossesses multiples en début de grossesse, pathologies rares ou non classables (107cas) et 6 cas de données manquantes)*

**Cause de prématurité détaillée en 12 classes l\_\_l MERE\_CAUSE**

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Pas de cause* | *D\_CAUSEPREMA* |
| *1 : W spont.* | *7 : RCIU* |
| *2 : RPM* | *8 : HRP* |
| *3 : Pré-éclampsie* | *9 : P MAT* |
| *4 : Eclampsie* | *10 : METRO* |
| *5 : HTA**6 : HELLP* | *11 : P FOET**12 : Mixte* |
|  |  |

**Cause de prématurité en 6 classes**   **l\_\_l MERE\_SUPERCAUSE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *1 : Preterm labor* | *D\_SUPERCAUSE* | *Avec :* |
| *2 : PROM* | *5 : HRP isolé* | *RPM : de +24h*  |
| *3 : Pathologie vasculaire SANS RCIU* | *6 : RCIU isolé* | *RCIU : Suspicion de RCIU anténatal*  |
| *4 : Pathologie vasculaire ET RCIU* |  | *HRP isolé : Pas de rupture,* |
|  |  | *pas de MAP de +24h, pas de patho. vasc* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **Cause de prématurité grossesse géméllaire:** (Cause de prématurité pour les grossesses gémellaires hors 3 cas de grossesses avec un seul jumeau inclus dans Epipage2, hors accouchement à domicile, hors accouchement avec naissance des jumeaux à deux temps différents et hors cas de grossesses ou au moins un enfant est IMG ou un enfant est MN avant l’admission et avant le début du travail n=1616 (808 grossesses) créée par M.Quere

**Cause de prématurité jumeau** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[\_\_] **Mere\_causejumeau**

|  |
| --- |
| *1 :* MAP |
| *2 :* RPM |
| *3 :* Plusieurs causes retrouvées (soit MAP-RPM, ou MAP-pathologie vasculaire, ou RPM-pathologie vasculaire)  |
| *4 :* Pathologie vasculaire ou HRP isolé |
| 5 : RCIU *isolé* |

|  |
| --- |
| *Enfants tronc commun nés vivants, sans malformation congénitale majeure, AG<32 SA (Variable HTorchin)* |
| **Pathologies vasculaires gravidiques** | **mere\_pathovasc\_4cl** | 0 : Absence |
|  |  | 1 : RCIU suspecté pendant la grossesse sans atteinte maternelle2 : Pathologie vasculaire avec retentissement maternel isolé (HTA gravidique, prééclampsie, eclampsie, HELLP) SANS RCIU |
|  |  |  |
|  |  | 3 : Pathologie vasculaire avec retentissement maternel isolé (HTA gravidique, prééclampsie, eclampsie, HELLP) + RCIU suspecté pendant la grossesse |

**MATERNITE – PARTIE ENFANT**

 **Etablissement d’accouchement**:

Etablissement de naissance : …………………………………………………………………………………………… ENR\_ETABNAISS

N° finess : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_|\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_lENR\_FINESSNAISS

Type : 1 : I  / 21 : IIa   / 22 : IIb / 3 : III  *D\_ETABNIV*  l\_\_lENR\_NIVEAU2NAISS

Etablissement de naissance anonymisé : l\_\_l\_\_l ENR\_NUMETABNAISS

**Date de naissance corrigée (JJ/MM/AAA)** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l  **COR\_DDN\_ENFANT**

**et heure de naissance corrigée (hh:mn)** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn  **COR\_HEURE\_NAISS COR\_MIN\_NAISS**

**Age gestationnel à la naissance corrigé** l\_\_l l\_\_l SA + l\_\_l j **COR\_AGN / COR\_AGN\_J**

**Sexe de l’enfant corrigé : garçon =1 / fille=2 / indéterminé = 3** D\_SEXEl\_\_l **COR\_SEXE\_ENFANT**

**Statut vital de l'enfant corrigée:**  l\_\_ICOR\_STATUTNAIS

|  |  |
| --- | --- |
| *1 : IMG* | *D\_STATNAIS* |
| *2 : Mort-né* |  |
| *3 : Décédé en salle de naissance* |  |
| *4 : Décédé en neonat* |  |
| *5 : Sortis vivant neonat* |  |
| *9 : Transféré en neonat, statut sortie neonat incomplet* |  |

**Partie à compléter dans le cas d’une IMG Préfixé par :** ENFANT\_MG

**Foeticide :** non=0, oui=1 \_ l\_\_l ENFANT\_MG11

**Mode d’accouchement :** Voie basse = 1 / Césarienne = 2 *D\_ACCVOIE* l\_\_l ENFANT\_MG12

**NAISSANCE cas Mort-né et né vivant Préfixé par :** ENFANT\_MM

####

#### Naissance de l’enfant :

**Date de naissance corrigée (JJ/MM/AAA)** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l  **COR\_DDN\_ENFANT**

**et heure de naissance corrigée (hh:mn)** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn  **COR\_HEUR\_NAISS COR\_MIN\_NAISS**

**Age gestationnel à la naissance corrigé** l\_\_l l\_\_l SA + l\_\_l j **COR\_AGN / COR\_AGN\_J**

**Sexe de l’enfant corrigé : garçon =1 / fille=2 / indéterminé = 3** D\_SEXEl\_\_l **COR\_SEXE\_ENFANT**

**Statut vital de l'enfant corrigée:**  l\_\_ICOR\_STATUTNAIS

|  |  |
| --- | --- |
| *1 : IMG* | *D\_STATNAIS* |
| *2 : Mort-né* |  |
| *3 : Décédé en salle de naissance* |  |
| *4 : Décédé en neonat* |  |
| *5 : Sortis vivant neonat* |  |
| *9 : Transféré en neonat, statut sortie neonat incomplet* |  |

## **Présentation diagnostiquée avant l’accouchement et d’éventuelles manœuvres** :

## céphalique=1 / siège =2 / autre=3D\_PRESENTATION l\_\_I ENFANT\_MM10

 **Mode d’accouchement :** l\_\_IENFANT\_MM11

Voie basse non instrumentale=1 / Voie basse instrumentale=2 / Césarienne=3 *D\_ACCVOIE1F*

Si voie basse,

 **Date à dilatation complète :** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l ENFANT\_MM12

**Heure** **à dilatation complète** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn ENFANT\_MM15/16

**Durée en minutes entre dates dilatation complète et accouchement** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l **ENFANT\_MM16A**

**Durée des efforts expulsifs :** l\_\_l\_\_l mn ENFANT\_MM17

**Extraction instrumentale** : non=0, oui=1 l **\_\_**l ENFANT\_MM18

Si oui, Ventouse : non=0, oui=1 l\_\_I ENFANT\_MM19

Forceps sur tête dernière : non=0, oui=1 l\_\_I ENFANT\_MM20

Autre indication de forceps : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM21

Spatules : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM22

Si voie basse et présentation du siège :

**Rétention de tête dernière** : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM23

**Rétraction du col** : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM24

**Incision du col** : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM25

**Manœuvres**: non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM26

Si oui, manœuvre réalisée l**\_\_**l ENFANT\_MM27

1 : Manœuvre d’accompagnement sans dystocie

2 : Manœuvre pour rétention tête dernière *D\_MANŒUVRE*

3 : Manœuvre pour autre dystocie

#### Si voie basse du 2ème enfant :

**Type d’extraction** l**\_\_**l ENFANT\_MM37

1 : Sans manœuvre

2 : Extraction instrumentale *D\_EXTRACTTYPE*

3 : PE/GE (petite extraction / grande extraction)

4 : VMI +GE (version par manœuvre interne + grande extraction)

**Aisance de l’extraction** :

Rétraction du col : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM38

Incision du col : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM39

Forceps pour rétention de tête dernière : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM40

Autres manœuvres pour rétention de tête dernière : non=0, oui=1 l**\_\_**l ENFANT\_MM41

 Si oui, préciser en clair ENFANT\_MM41A

 Si césarienne,

**Indication de la césarienne :** 2 réponses possibles l\_\_I ENFANT\_MM28

 I\_\_IENFANT\_MM29

1 : Systématique pour terme ou présentation fœtale ou grossesse multiple *D\_INDICCESA*

2 : Anomalies du RCF pendant le travail

3 : Stagnation de la dilatation

4 : Non engagement et décision d’absentions de manœuvre

5 : Autre pathologie fœtale (rciu, etc)

6 : Autre pathologie maternelle (préeclampsie, etc)

7 : Autre, précisez ENFANT\_MM28A

#### Hystérotomie :

Incision transversale : non=0, oui=1 I\_\_IENFANT\_MM30

Incision verticale : non=0, oui=1 I\_\_IENFANT\_MM31

Segmentaire : Incision verticale : non=0, oui=1 I\_\_IENFANT\_MM32

Corporéale : non=0, oui=1 I\_\_IENFANT\_MM33

Refend (accidentel ou volontaire) de l’incision : non=0, oui=1 I\_\_IENFANT\_MM34

#### Aisance de l’extraction : simple=1 / difficile=2 I\_\_I ENFANT\_MM35

*D\_EXTRACT*

**Si césarienne pour le 2ème enfant**

**Indication de la césarienne sur J2** : I\_\_IENFANT\_MM42

1 : Echec extraction de J2 *D\_INDICCESA2F*

2 : Non engagement et décision d’abstention de manœuvre

**Clampage tardif du cordon :** non=0, oui=1 l\_\_lENFANT\_MM36

 **Partie à compléter dans le cas d’un (ou plusieurs) enfants mort-nés ou si IMG Préfixé par** ENFANT\_MO

**Date du décès** **de l’enfant** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l ENFANT\_MO5

**date calculée (SA+J) ENFANT\_MO5A/ENFANT\_MO5B**

Si date inconnue, estimation du terme au décès l\_\_l\_\_l SA ENFANT\_MO6

**Poids mesuré en salle de naissance corrigée** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g COR\_PDS\_NCE

**Causes du décès** (enchaînement des causes suivant le certificat de décès) :

*Causes d’origine fœtale ou néonatale*

**Cause d’origine fœtale ou néonatale ayant directement provoqué le décès**

**En clair**: ENFANT\_MO8

**Due à :**  ENFANT\_MO9

**Autre(s) cause(s) associée(s)** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MO10

Si oui, préciser en clair : ENFANT\_MO11

***Codage CIM10 causes du décès* *des variables ENFANT\_MO8 - ENFANT\_MO9 - ENFANT\_MO11 (codage concerne les enfants mort-nés et IMG)***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ENFANT\_CIM10\_MALF1***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ENFANT\_CIM10\_MALF2***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ENFANT\_CIM10\_MALF3***

***|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ENFANT\_CIM10\_MALF4***

**Synthèse Malformation pas de malformation=0, au moins 1 malformation majeure=1, uniquement une malformation mineure=2, doute sur une malformation ou sur critère de gravité=9 l\_\_I ENFANT\_MALFO\_MAJEUR**

 *(Concerne les enfants inclus du tronc commun- Variable N.Lelong, registre des malformations congénitales*

 ***Décès au moment de l’admission (concerne les enfants mort-nés) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[] enfant\_mfiuadmission***

créée par M.Quere:

0 : DCD à l’admission *d\_mfiu*

1 : Vivant à l’admission

9 : NON APPLICABLE ( i.e enfant dont le statut de naissance n’est pas mort-né  ; grossesse triple ou + ; acc à domicile)

**Décès en début de travail  *(concerne les enfants mort-nés)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[] *enfant*\_mfiutravail**

 créée par M.Quere

0 : DCD en début de travail *d\_mfiub*

1 : Vivant en début de travail

9 : NON APPLICABLE ( i.e enfant dont le statut de naissance n’est pas mort-né  ; grossesse triple ou + ; acc à domicile ; DCD à l’admission ; pour certains AG<24 lorsque l’algorithme ne permettait pas de reclasser les enfants)

*Causes d’origine obstétricale ou maternelle*

**Cause d’origine obstétricale ou maternelle déterminante de la mort**

**En clair**: ENFANT\_MO12

**Autre(s) cause(s) associée(s)** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MO13

Si oui, préciser en clair : ENFANT\_MO14

**Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée** ? l\_\_l ENFANT\_MO15

0 : non

1 : oui, résultat non disponible *D\_AUTOPSIE*

2 : oui, résultat disponible

 Si résultat disponible : l\_\_l ENFANT\_MO16

1 : L’autopsie établit la cause du décès

2 : L’autopsie confirme la cause suspectée du décès *D\_AUTOPSIERES*

# 3 : L’autopsie est non-informative

**PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE Préfixé par :** ENFANT\_MP

**Poids mesuré en salle de naissance corrigée** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l g COR\_PDS\_NCE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poids de naissance courbes EPOPE (z-score)** | **neo\_PNzscore\_epope** | variable continue |
|  |  |  |
| **Poids de naissance courbes EPOPE (percentiles)** | **neo\_PNperc\_epope** | variable continue |
|  |  |  |
|  | **neo\_PN10p\_epope** | 0 : poids de naissance <10e percentile selon courbes EPOPé |
|  | **D\_10pn** | 1 : poids de naissance ≥10e percentile selon courbes EPOPé |
|  |  |  |
|  | **neo\_PN3p\_epope** | 0 : poids de naissance <3e percentile selon courbes EPOPé |
|   | **D\_3pn** | 1 : poids de naissance ≥3e percentile selon courbes EPOPé |

***REF courbe EPOPé :*** *1 Ego A, Prunet C, Lebreton E et al. Customized and non-customized French intrauterine growth curves. I – Methodology J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016 ;45:155-64*

**Anomalies congénitales** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP4

Si oui, description finale des anomalies congénitales, y compris les syndromes (en précisant pour chacune d’elle la description la plus détaillée possible en clair) :

1er malformation : *en clair + CIM10* ENFANT\_MP5

2ème malformation : *en clair + CIM10* ENFANT\_MP6

3ème  malformation : *en clair + CIM10* ENFANT\_MP7

**Score d’Apgar à 1 min** l\_\_l\_\_l ENFANT\_MP8

**Score d’Apgar à 5 min**  l\_\_l\_\_l ENFANT\_MP9

**Score d’Apgar à 10 min** l\_\_l\_\_l ENFANT\_MP10

**Manœuvres de réanimation à la naissance** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP11

 Si non : pourquoi l\_\_l ENFANT\_MP12

1 : Car inutile (l’enfant va bien)

2 : Car décision anténatale d’absence de réanimation  *D\_REANIMAT*

3 : Autre

**Pour cet enfant, quel est le protocole théorique de prise en charge respiratoire à la naissance ?**  l\_\_l ENFANT\_MP13

 1 : Aucun *D\_RESPIRATOIRE*

 2 : CPAP

 3 : Surfactant prophylactique

 4 : INSURE

**Oxygénation** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP14

**Application de Pressions Positives** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP15

**Intubation trachéale** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP16

Si oui,

Age (en min) l\_\_l\_\_l min ENFANT\_MP17

Médicament(s) administré(s) avant l’intubation : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP18

Si oui,

Atropine : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP19

Fentanyl : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP20

Sufentanil : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP21

Hypnovel (midazolam) ® : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP22

Ketamine : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP23

Diprivan (propofol) ® : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP24

Autre non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP25

 Si autre, précisez en clair : ENFANT\_MP25A

**Massage cardiaque :** non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP26

**Adrénaline :** non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP27

**Remplissage (au moins 10 ml/kg) :** non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP28

**Gaz du sang au cordon :** non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP29

Si oui, artériel : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP30

 Si oui, pH : l\_\_l, l\_\_l l\_\_| ENFANT\_MP31

 Base deficit : l\_\_l, l\_\_l mmol/l ENFANT\_MP32

 Lactates : l\_\_l l\_\_l mmol/l ENFANT\_MP33

**Une limitation de traitements actifs ou d’abstention thérapeutique est-elle survenue en salle de naissance ?** non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP34

Si oui :

Cette décision avait-elle été prise en anténatal ? non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP35

Le contenu de la discussion obstétrico-pédiatrique en salle de naissance a-t-il été transcrit dans le dossier de

la mère ou de l’enfant ? non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP36

Information des parents et recueil de leur avis : le contenu de cet entretien a-t-il été transcrit dans le dossier

de la mère ? non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP37

**L’enfant est-il décédé en salle de naissance** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP38

Si non,

**Lieu d’hospitalisation de l’enfant :**  l\_\_l ENFANT\_MP39

1 : Même établissement que le lieu dans lequel l’enfant est né

2 : Autre établissement que le lieu dans lequel l’enfant est né *D\_HOSPLIEU*

**Unité d’hospitalisation :**  l\_\_l ENFANT\_MP40

1 : réanimation néonatale

2 : soins intensifs

3 : médecine néonatale

4 : unité kangourou

5 : réanimation pédiatrique polyvalente *D\_HOSPUNIT*

6 : chirurgie pédiatrique

7 : autre, préciser ENFANT\_MP40A

Préciser en clair le nom et le lieu d’hospitalisation : Nom………………………………………...….. ENFANT\_MP41

 Lieu ……………………………………………… ENFANT\_MP42

Si oui,

**Date du décès** **de l’enfant** l\_\_l\_\_l/ l\_\_l\_\_l /l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l ENFANT\_MP43

 **Heure et minute du décès** **de l’enfant** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn ENFANT\_MP46 / 47

**Durée de vie de l’enfant en minutes** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_I **ENFANT\_MP47A**

**Causes du décès** (enchaînement des causes suivant le certificat de décès)

*Causes d’origine fœtale ou néonatale*

**Cause d’origine fœtale ou néonatale ayant directement provoqué le décès**

**En clair**: ENFANT\_MP48

**Due à :**  ENFANT\_MP49

**Autre(s) cause(s) associée(s)** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP50

 Si oui, préciser en clair : ENFANT\_MP50A

*Causes d’origine obstétricale ou maternelle*

**Cause d’origine obstétricale ou maternelle déterminante de la mort**

**En clair**: ENFANT\_MP51

**Autre(s) cause(s) associée(s)** : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP52

 Si oui, préciser en clair : ENFANT\_MP52A

**Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée** ? l\_\_l ENFANT\_MP53

0 : non

1 : oui, résultat non disponible *D\_AUTOPSIE*

2 : oui, résultat disponible

 Si résultat disponible : l\_\_l ENFANT\_MP54

1 : L’autopsie établit la cause du décès

2 : L’autopsie confirme la cause suspectée du décès *D\_AUTOPSIERES*

# 3 : L’autopsie est non-informative

#### En cas de décès en salle de naissance suite à une décision de limitation / d’abstention thérapeutique

**Durée de vie de l’enfant :** l\_\_l\_\_l h l\_\_l\_\_l mn ENFANT\_MP55 / 56

**Autres informations relatives aux circonstances du décès :** ENFANT\_MP57

**Médicaments administrés dans l’intention d’assurer le confort de l’enfant :** non=0, oui=1l\_\_lENFANT\_MP58

 Si oui, lesquels ?

Benzodiazépines : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP59

Phénobarbital : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP60

Morphiniques : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP61

Thiopenthal : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP62

Curare : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP63

Autres : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP64

 Les doses ont été proportionnées aux besoins de sédation/analgésie : non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP65

 A-t-il été nécessaire d’intensifier le traitement ? non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP66

**Rapport écrit dans le dossier sur le temps de vie et les moyens mis en œuvre** :

 non=0, oui=1 l\_\_l ENFANT\_MP67

**MALFORMATIONS FŒTALES**

**Cause d’IMG l\_\_l ENFANT\_MALFOFOETALE**

*(Concerne tous les enfants du tronc commun : inclus ou refus)*

 1 : Malformation *D\_MALFOFOETALE*

 0 : Autre cause

**Malformation pouvant avoir un impact sur la survie non=0, oui=1 l\_\_I ENFANT\_MALFOFOETALE2**

 *(Concerne les enfants inclus du tronc commun – Variable P. Delorme)*

**Synthèse Malformation pas de malformation=0, au moins 1 malformation majeure=1, uniquement une malformation mineure=2, doute sur une malformation ou sur critère de gravité=9 l\_\_I ENFANT\_MALFO\_MAJEUR**

 **D\_malfo**

 *(Concerne les enfants inclus du tronc commun- Variable N.Lelong, registre des malformations congénitales*