



FICHE DE SUIVI DES NOUVEAU-NÉS DANS LE CADRE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 – SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE NEONATOLOGIE

Cadre de l'inclusion :

1. Nouveau-né de mère Covid+ en maternité
2. Nouveau-né de mère Covid+ hospitalisé en réanimation néonatale, SI ou néonatalogie
3. Nouveau-né de mère Covid+ pendant la grossesse, guérie à l'accouchement
4. Nouveau-né Covid+, autres voies de transmission

*Pour les modalités d'entrée 1 à 3, si votre réseau de santé périnatale participe à l'étude **Coropreg**, merci de vérifier que la mère a bien été incluse dans cette étude*

Si possible coller l'étiquette de l'enfant et de la mère, sinon

Mère (numéro IPP) :

Nom (de naissance) :

Prénom :

Date de naissance :

Age gestationnel au moment du test diagnostique de Covid19 chez la mère: |_|_| SA + |_|_| j ou

Diagnostic en postpartum Pas de diagnostic (décrire dans les commentaires)

Hospitalisation de la mère pour Covid19 : oui non

Si oui, lieu (service, hôpital, ville) :

Enfant (numéro IPP) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Heure de naissance :

Lieu de naissance (maternité, ville) :

Age gestationnel à la naissance :

Poids de naissance :

Grossesse multiple : oui non

Corticothérapie anténatale : oui non

Mode d'accouchement : Voie basse Césarienne en urgence Césarienne programmée

Statut vital : IMG Mort fœtale in utero Mort fœtale per partum Né vivant

Hospitalisation : oui non

Si oui, lieu (service, hôpital, ville) :

Si oui, motif :

Niveaux de soins : Réa SI Néonatal UK (cocher tous les niveaux où est passé le nouveau-né)

Si non hospitalisé : séparation mère/enfant en maternité oui non

Si oui, motif et durée :

Mode d'alimentation : sein tire-lait allaitement artificiel

Si allaitement artificiel, choix de la mère : oui non

Résultat de la PCR SARS-CoV2 : non faite

Si faite date : Résultat : négative positive

Mode de sortie : Domicile Transfert dans un autre établissement Décès

Date et heure :

Si transfert, motif :

Si transfert, lieu (service, hôpital, ville) :

Si décès, cause principale :

Si sortie, modalités du suivi à domicile organisé par la maternité :

PRADO HAD obstétricale HAD néonatale SF libérale autre situation (préciser)

Date de fin de suivi à domicile:

Commentaires :

Consultation téléphonique ou téléconsultation à J7

Date :

Age de l'enfant :

Contact COVID+ prouvé ou suspecté : oui non

Qui : mère père fratrie autre

Évènements depuis la dernière consultation :

- consultation médicale : oui non motif
- passage aux urgences : oui non motif :
- hospitalisation : oui non motif :
Lieu (service, hôpital, ville) :

Poids :

Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation :

Mode d'alimentation : sein tire-lait allaitement artificiel allaitement mixte

Fièvre depuis la dernière évaluation : oui non

Difficultés alimentaires : oui non

Régurgitation ou vomissements : oui non

Diarrhée : oui non

Signe de lutte ou polypnée : oui non

Toux : oui non

Autres symptômes :

Etat de santé de la mère, relation mère-enfant :

Examen J6-J10 fait : oui non

par : pédiatre libéral médecin généraliste médecin de PMI

Consultation téléphonique ou téléconsultation à J14

Date :

Age de l'enfant :

Contact COVID+ prouvé ou suspecté : oui non

Qui : mère père fratrie autre

Évènements depuis la dernière consultation :

- consultation médicale : oui non motif
- passage aux urgences : oui non motif :
- hospitalisation : oui non motif :
Lieu (service, hôpital, ville) :

Poids :

Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation :

Mode d'alimentation : sein tire-lait allaitement artificiel allaitement mixte

Fièvre depuis la dernière évaluation : oui non

Difficultés alimentaires : oui non

Régurgitation ou vomissements : oui non

Diarrhée : oui non

Signe de lutte ou polypnée : oui non

Toux : oui non

Autres symptômes :

Etat de santé de la mère, relation mère-enfant :

Examen J6-J10 fait : oui non

par : pédiatre libéral médecin généraliste médecin de PMI

Consultation téléphonique ou téléconsultation à J21

Date :

Age de l'enfant :

Contact COVID+ prouvé ou suspecté : oui non

Qui : mère père fratrie autre ?

Évènements depuis la dernière consultation :

- consultation médicale : oui non motif
- passage aux urgences : oui non motif :
- hospitalisation : oui non motif :
Lieu (service, hôpital, ville) :

Poids : Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation :

Mode d'alimentation : sein tire-lait allaitement artificiel allaitement mixte

Fièvre depuis la dernière évaluation : oui non

Difficultés alimentaires : oui non

Régurgitation ou vomissements : oui non

Diarrhée : oui non

Signe de lutte ou polypnée : oui non

Toux : oui non

Autres symptômes :

Etat de santé de la mère, relation mère-enfant :

Consultation téléphonique ou téléconsultation à J28

Date :

Age de l'enfant :

Contact COVID+ prouvé ou suspecté : oui non

Qui : mère père fratrie autre

Évènements depuis la dernière consultation :

- consultation médicale : oui non motif
- passage aux urgences : oui non motif :
- hospitalisation : oui non motif :
Lieu (service, hôpital, ville) :

Poids : Prise de poids moyenne depuis la dernière évaluation :

Mode d'alimentation : sein tire-lait allaitement artificiel allaitement mixte

Fièvre depuis la dernière évaluation : oui non

Difficultés alimentaires : oui non

Régurgitation ou vomissements : oui non

Diarrhée : oui non

Signe de lutte ou polypnée : oui non

Toux : oui non

Autres symptômes :

Etat de santé de la mère, relation mère-enfant :

Examen de 1 mois fait : oui non

par : pédiatre libéral médecin généraliste médecin de PMI