

ENQUÊTE EN MATERNITÉ
Réalisée en 2011
DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL



Données recueillies en face à face
Questionnaire destiné aux mères majeures d'enfants nés à 33 semaines et plus
(naissances uniques ou gémellaires)

Les questions grisées sont à renseigner impérativement.

MAJ Les mises à jour (variables construites et variables corrigées) figurent en fin de chapitre, mentionnées par ce symbole.

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	2
GROSSESSES.....	3
PATHOLOGIES ANTÉRIEURES	5
PATHOLOGIES INFECTIEUSES, DÉPISTAGES, TRAITEMENTS.....	6
AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS	11
IMAGERIE ET DIAGNOSTIC ANTÉNATAL	14
ACCOUCHEMENT.....	17
ENFANT	20
TRANSFERT	26
ENFANT TRANSFÉRÉ : PATHOLOGIES	31
ENFANT TRANSFÉRÉ : ALIMENTATION, AUTRES INFORMATIONS	38

INFORMATIONS GÉNÉRALES

<DMNIE>

Identifiant du dossier médical :

|_|_|_|_|

DM

Questionnaire DM disponible

0 Non disponible

1 Disponible

<DMUSERNAME>

Identifiant de l'enquêteur : _____

***DMCREATION**

Date de création

|_|_|_|_|_|_|

***TRMOTABSQ**

Motif de l'absence de questionnaire : _____

GROSSESSES

NGROSS

Nombre total de grossesses (non compris grossesse actuelle) |__|

Si NGROSS>0

NACC

Nombre d'accouchements (non compris accouchement actuel) |__|

NMORTNE

Nombre de mort-nés : |__|

NDNEONAT

Nombre de décès néonataux (entre 0 et 27 jours) |__|

NPREMA

Nombre d'enfants nés prématurés (<37 semaines) |__|

NHYPOT

Nombre d'enfants nés hypotrophes |__|

GMULT

Nombre de grossesses multiples |__|

ANTCESAR

Antécédent de césarienne :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

*DREGLES

Date des dernières règles (jj/mm/aa) |__| |__| |__| |__|

*DCONCEPC

MAJ

Date de début de grossesse (corrigée) |__| |__| |__| |__| |__|

JUMEAUX

Grossesse gémellaire ?

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

RANG

Rang du jumeau |__|

RANGALEA

Rang du jumeau (généralisé aléatoirement, permet la sélection aléatoire de l'un des jumeaux) |__|

13/02/2017

TYPJUM

La grossesse gémellaire est-elle :

- 1 Monochoriale/monoamniotique
- 2 Monochoriale/biamniotique
- 3 Bichoriale
- 4 Autre
- 9 Ne sait pas

(Question posée à partir de la vague 2)

PATHOLOGIES ANTÉRIEURES

HTA

Hypertension

- 0 Non
- 1 HTA chronique
- 2 HTA pendant une grossesse antérieure uniquement

DIABETE

Diabète

- 0 Non
- 1 Type 1 (insulinodépendant)
- 2 Type 2 (non insulinodépendant)
- 3 Diabète gestationnel (grossesses antérieures)

AUTPATHO

Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) ou handicap(s)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si AUTPATHO=1

***AUTPATHOP**

En clair : _____

PATHOLOGIES INFECTIEUSES, DÉPISTAGES, TRAITEMENTS

Bilan sanguin réalisé entre le 3^{ème} et le 8^{ème} mois (si plusieurs choisir le premier)

HEMOGL

Hémoglobine (g/100 ml) (valeur comprise entre 5 et 25)

|_|_|_|_|

HEMAT

Hématocrite % (valeur comprise entre 20 et 50)

|_|_|_|_|

*DBS

Date du bilan (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : date du bilan en jours d'aménorrhée

TOXO

Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose (résultat du dernier test réalisé pendant la grossesse) :

- 1 Absence d'anticorps (femme séronégative)
- 2 Présence d'IgM (seules ou associées aux IgG spécifiques)
- 3 Présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 4 Test non fait car immunisation connue (test positif avant la grossesse)
- 5 Test non fait (raison non connue)
- 6 Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

Si TOXO≠1

TRTTOXO

Traitement contre la toxoplasmose

- 0 Non
- 1 Spiramycine (Rovamycine®)
- 2 Pyriméthamine/Sulfamides (Malocide® + Adiazine® ou Fansidar®)
- 3 Les deux
- 4 Traitement effectué mais médicament(s) non précisé(s)
- 9 Non renseigné

Si TRTTOXO>0

DATETOXO

Date de mise en route du traitement connue ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Non renseigné

Si DATETOXO=1

*DTRTTOXO

Précisez :

|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : date de mise en route du traitement en jours d'aménorrhée

SEROCONV

Datation de la séroconversion :

- 1 Séroconversion documentée (positivation de la sérologie de la toxoplasmose pendant la grossesse)
- 2 Suspicion d'infection acquise pendant la grossesse
- 9 Non renseigné

Si SEROCONV=1

*DEXNTOXO

Date du dernier examen négatif (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : date du dernier examen négatif en jours d'aménorrhée

*DEXPTOXO

Date du premier examen positif (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : date du dernier examen positif en jours d'aménorrhée

Si SEROCONV=2

*DPTOXOSI

Date du premier examen positif (séroconversion non documentée) (jj/mm/aa) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable construite : date du premier examen positif en jours d'aménorrhée (séroconversion non documentée)

CMV

Statut sérologique vis-à-vis du CMV (résultat du premier test réalisé pendant la grossesse)

- 1 Absence d'anticorps (femme séronégative)
- 2 Présence d'IgM (seules ou associées aux IgG spécifiques)
- 3 Présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 4 Test non fait
- 5 Pas d'information

AGHBSG

Recherche de l'antigène HBs chez la mère, pendant la grossesse actuelle

- 1 Ag HBs négatif
- 2 Ag HBs positif
- 3 Test non fait car portage de l'Ag HBs connu avant la grossesse
- 4 Test non fait car femme vaccinée
- 5 Test non fait, autre raison (ex : grossesse non suivie)
- 6 Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

ENQ : ATTENTION, IL S'AGIT DE L'Ag HBs ET NON PAS DE L'Ac ANTI-HBs

Si AGHBSG≠1

AGHBSPN

Recherche de l'Ag HBs en postnatal :

- 1 Ag HBs négatif
- 2 Ag HBs positif
- 3 Test non fait car portage de l'AgHBs connu avant la grossesse
- 4 Test non fait car femme vaccinée
- 5 Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test
- 9 Non renseigné

13/02/2017

Si AGHBSPN≠1

IGHBENF

L'enfant (les enfants) a-t-il (ont-ils) reçu des immunoglobulines anti-HBs ? (IM-LFB)

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Non renseigné

Si IGHBENF=1

***DIGHBENF**

Date de l'injection (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'injection corrigée

Si AGHBSPN≠1

VACCVHB

L'enfant (les enfants) a-t-il (ont-ils) reçu une vaccination VHB (1^{ère} dose) : (GenHevac B, Engenrix B10, HBvac Pro5)

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Non renseigné

Si VACCVHB=1

***DVACCVHB**

Date de l'injection (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de vaccination

DEPSYPHG

Dépistage de la syphilis (TPHA et VDRL) au cours de la grossesse ?

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Examen non fait
- 4 Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat des tests

Si DEPSYPHG<3

DEPIS

Dépistage positif ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si DEPIS=1

TRTEXT

Traitement par Extencilline (injectable) ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

Si DEPIS=1

SDEPSYPHG

Terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée

|_|_|

***DBSC**

MAJ Date du bilan 6^{ème} mois (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

DBSJR

MAJ (Variable construite) Date du bilan 6^{ème} mois en jours d'aménorrhée :

|_|_|

Date corrigée du bilan 6^{ème} mois – date de conception + 14

***DTRTTOXOC**

MAJ Date de mise en route du traitement contre la toxoplasmose (corrigée)

|_|_|_|_|_|

|_|_|

DTRTTOXOJR

MAJ (Variable construite) Date de mise en route du traitement en jours d'aménorrhée

|_|_|

Date de mise en route du traitement – date de conception + 14

***DEXNTOXOC**

MAJ Date dernier examen toxo (séroconversion documentée) (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

DEXNTOXOJR

MAJ (Variable construite) Date du dernier examen négatif en jours d'aménorrhée

|_|_|

Date du dernier examen négatif – date de conception + 14

***DEXPTOXOC**

MAJ Date du premier examen toxo + (séroconversion documentée) (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

DEXPTOXOJR

MAJ (Variable construite) Date du premier examen toxo positif en jours d'aménorrhée

|_|_|

Date du premier examen positif – date de conception + 14

DPTOXOSIJR

MAJ (Variable construite) Date du premier examen toxo positif en jours d'aménorrhée (séroconversion non documentée)

|_|_|

Date du premier examen positif – date de conception + 14

***DIGHBENFC**

MAJ Date de l'injection d'immunoglobulines anti-HBs à l'enfant (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

DIGHBENFJR

MAJ (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'injection corrigée d'immunoglobulines anti-HBs

|_|_|

***DVACCVHBC**

MAJ Date de la vaccination VHB (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

13/02/2017

DVACCVHBJR

MAJ (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de vaccination

VHB

|_|_|

AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS

MAP

Menace d'accouchement prématuré (contractions utérines répétées et douloureuses et/ou modifications cervicales)

- 0 Non
- 1 Oui, ayant nécessité une hospitalisation
- 2 Oui, avec traitement ambulatoire uniquement (médicaments et/ou repos)

RUPTMEMB

Rupture prématurée des membranes (au moins 12h avant le début du travail)

- 0 Non
 - 1 Oui
 - 9 Ne sait pas
- (Question dupliquée en cas de jumeaux)

Si RUPTMEMB=1

*DRUPTMEMB

Date de la rupture (jj/mm)

|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : Date de la rupture des membranes en jours d'aménorrhée

(Question dupliquée en cas de jumeaux)

HEMORR

Hémorragie au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre

- 0 Non
- 1 Placenta prævia
- 2 Hématome rétro-placentaire
- 3 Autre

HTAG

Hypertension artérielle apparue pendant la grossesse (systolique \geq 140 mmHg ou diastolique \geq 90 mmHg)

- 0 Non
- 1 Oui avec protéinurie (\geq 0,3 g/l ou par 24h)
- 2 Oui sans protéinurie

Si HTAG>0

*DHTAG

Date au diagnostic (jj/mm)

|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : Date au diagnostic d'HTA en jours d'aménorrhée

Si HTAG>0

TRHTAG

Traitement ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Non renseigné

13/02/2017

DIABGEST

Diabète gestationnel

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si DIABGEST=1

DIABGESTP

Traitement :

- 1 Avec insuline
- 2 Par régime seul
- 3 Non renseigné

ANOPOI

Suspicion d'une anomalie de poids fœtal pendant la grossesse

- 0 Pas d'anomalie
 - 1 RCIU (retard de croissance intra-utérin)
 - 2 Macrosomie
- (Question dupliquée en cas de jumeaux)

CORTIC

Administration anténatale de corticoïdes pour maturation fœtale

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si CORTIC=1

*DCORTIC

Date de la 1^{ère} injection

|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : Date de la 1^{ère} injection en jours d'aménorrhée

NBCORTIC

Nombre de cures (1 cure=plusieurs injections)

|_|

CORTICP

Corticoïde administré

- 1 Betaméthasone
- 2 Dexaméthasone
- 3 Autre
- 9 Ne sait pas

*DRUPTMEMBC

MAJ Date de la rupture des membranes (corrigée)

|_|_|_|_|

DRUPTMEMBJR

MAJ (Variable construite) Date de la rupture des membranes en jours d'aménorrhée

|_|_|

Date de la rupture des membranes corrigée – date de conception + 14

*DHTAGC

MAJ Date au diagnostic d'HTA (corrigée)

|_|_|_|_|

13/02/2017

DHTAGJR

MAJ (Variable construite) Date au diagnostic d'HTA en jours d'aménorrhée |_|_|
Date de diagnostic d'HTA corrigée – date de conception + 14

***DCORTICC**

MAJ Date de la 1^{ère} injection (corrigée) |_|_|_|_|

DCORTICJR

MAJ (Variable construite) Date de la 1^{ère} injection de corticoïdes en jours d'aménorrhée |_|_|
Date de la première injection de corticoïdes corrigée – date de conception + 14

IMAGERIE ET DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

(partie dupliquée en cas de jumeaux)

Échographie du premier trimestre

ECHO1SEM

Âge gestationnel en semaines d'aménorrhée

ECHO1JR

Âge gestationnel : jours au-delà du nombre de semaines

ECHO1CC

Mesure de la longueur cranio-caudale (CC) (mm)

ECHO1LF

Longueur du fémur (LF) (mm)

ECHO1DAT

Diamètre abdominal transverse (DAT) (mm)

ECHO1CA

Si DAT non disponible, circonférence abdominale (mm)

ECHO1BIP

Diamètre bipariétal (BIP) (mm)

Échographie du deuxième trimestre

ECHO2SEM

Âge gestationnel en semaines d'aménorrhée

ECHO2SEMJ

Âge gestationnel : jours au-delà du nombre de semaines

ECHO2LF

Longueur du fémur (LF) (mm)

ECHO2DAT

Diamètre abdominal transverse (DAT) (mm)

ECHO2CA

Si DAT non disponible, circonférence abdominale (mm)

ECHO2BIP

Diamètre bipariétal (BIP) (mm)

Échographie du troisième trimestre

ECHO3SEM

Âge gestationnel en semaines d'aménorrhée

13/02/2017

ECHO3SEMJ

Âge gestationnel : jours au-delà du nombre de semaines

ECHO3LF

Longueur du fémur (LF) (mm)

|_|_|_|

ECHO3DAT

Diamètre abdominal transverse (DAT) (mm)

|_|_|_|

ECHO3CA

Si DAT non disponible, circonférence abdominale (mm)

|_|_|_|

ECHO3BIP

Diamètre bipariétal (BIP) (mm)

|_|_|_|

Un des examens suivants a-t-il été réalisé ?

AMNIO

Une amniocentèse

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

BIOPSIE

Une biopsie du trophoblaste

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

PRELEVSF

Un prélèvement de sang foetal

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

Si AMNIO=1 ou BIOPSIE=1 ou PRELEVSF=1 (un des examens a été fait)

MOTEXAM

Pour quel motif ?

- 1 Âge maternel seul
- 2 Clarté nucale
- 3 Autre signe d'appel échographique
- 4 Dosage sanguin
- 5 Risque intégré (clarté nucale + dosage sanguin)
- 6 Autre motif ; codez et précisez
- 9 Ne sait pas

Si MOTEXAM=6

***MOTEXAMP** Précisez _____

13/02/2017

Si AMNIO=1 ou BIOPSIE=1 ou PRELEVSF=1 (un des examens a été fait)

Cet examen a-t-il permis le :

ANOCONG

Diagnostic d'anomalie congénitale

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

TOXOCONG

Diagnostic de toxoplasmose congénitale

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

CMVCONG

Diagnostic d'infection congénitale à CMV

- 0 Non
- 1 Oui
- 2 Inconnu
- 9 Ne sait pas

ACCOUCHEMENT

Âge gestationnel à l'accouchement

AGEGESTS

Semaines

|_|_|

AGEGESTJ

Jours

|_|

(valeur comprise entre 1 et 6)

Lorsque la valeur de l'âge gestationnel était un nombre de semaine entier, la variable AGEGESTJ n'était pas renseignée (pas de valeur 0 possible). Cette situation ne peut donc être distinguée des cas où l'information sur le nombre de jours était manquante.

PRESENT

Présentation

- 1 Céphalique
- 2 Siège
- 3 Autre
- 9 Ne sait pas

(Question dupliquée en cas de jumeaux)

DEBTRAV

Début du travail

- 1 Travail spontané
- 2 Déclenchement (*y compris maturation du col seul*)
- 3 Césarienne avant début du travail

Si DEBTRAV>1

Motifs

MOTTRAV_1

Retard de croissance intra-utérin

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAV_2

Souffrance fœtale aiguë (anomalie du RCF, diminution des mouvements fœtaux, anomalie des dopplers ombilicaux ou cérébraux)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAV_3

Suspicion de chorio-amnionite

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

13/02/2017

MOTTRAV_4

Motif maternel

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAV_5

Sans motif médical

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAV_6

Autre

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

ENQ : 2 MOTIFS POSSIBLES

Si MOTTRAV 4=1

***MOTTRAVM**

Préciser _____

Si MOTTRAV 6=1

***MOTTRAVP**

Préciser _____

ANALG

Analgésie

- 0 Aucune
- 1 Péridurale
- 2 Rachianalgésie
- 3 Péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
- 4 Anesthésie générale
- 5 Autre

ENQ : NON COMPRIS LES ANESTHÉSIES APRÈS EXPULSION, CITER LA PLUS ÉLEVÉE

ANALG=1

ANALGP

Précisez _____

TYPACC

Accouchement

- 1 Voie basse spontanée
 - 2 Forceps, spatules, ventouse
 - 3 Césarienne
 - 9 Ne sait pas
- (Question dupliquée en cas de jumeaux)

13/02/2017

Si TYPACC=3

TYPACES

La césarienne était-elle :

- 1 Programmée
 - 2 Réalisée en urgence
 - 9 Ne sait pas
- (Question dupliquée en cas de jumeaux)*

Si TYPACC>1 (césarienne ou voie basse instrumentale)

MOTCES

Motif

- 1 Anomalie du RCF ou des lactates
- 2 Autre indication fœtale
- 3 Autre indication maternelle
- 4 Autre
- 9 Ne sait pas

ENQ : 2 MOTIFS POSSIBLES

(Question dupliquée en cas de jumeaux)

Si MOTCES=4

***MOTCESP**

Précisez _____

(Question dupliquée en cas de jumeaux)

EPISIO

Épisiotomie

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

POIPLAC

Poids du placenta (grammes)

(Question dupliquée en cas de jumeaux)

|_|_|_|_|

13/02/2017

ENFANT

(partie dupliquée en cas de jumeaux)

REA

Réanimation en salle de naissance

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si REA=1

REAP

Technique de réanimation

- 1 Ventilation au ballon
- 2 Ventilation au Neopuff
- 3 PPC nasale
- 4 Intubation
- 9 Ne sait pas

PRLVCORD

Prélèvement au cordon

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si PRLVCORD=1

PHCORD

pH

|_|, |_|

LACCORD

Lactates (mmol/l)

|_|, |_|

PRLVPERI

Prélèvement sanguin périphérique

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si PRLVPERI=1

TPSPERI

À quelle heure de vie ?

|_|

PHPERI

pH

|_|, |_|

LACPERI

Lactates (mmol/l)

|_|, |_|

APGAR1M

Apgar à 1 minute

|_|

APGAR5M

Apgar à 5 minutes

|_|_|

***SEXEC1**

(Sélectionner la variable SEXE du questionnaire maternité FCC)

MAJ

Sexe (corrigée)

- 1 Masculin
- 2 Féminin
- 9 Ne sait pas

POIENF

Poids (grammes)

|_|_|_|_|

TAIENF

Taille (cm)

|_|_|

ENQ : SI LA MESURE N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE À LA NAISSANCE, INDIQUER LA VALEUR D'UNE MESURE EFFECTUÉE AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ (*texte ajouté en vague 3*)

PC

Périmètre crânien (cm)

|_|_|

ENQ : SI LA MESURE N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE À LA NAISSANCE, INDIQUER LA VALEUR D'UNE MESURE EFFECTUÉE AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ (*texte ajouté en vague 3*)

MALFOMAJEUR

Malformation majeure

- 0 Pas de malformation (ni majeure, ni mineure, ni inconnue)
- 1 Au moins 1 malformation majeure
- 2 Uniquement malformations mineures
- 9 Doute sur une malformation ou doute sur le critère de gravité

(Issue des variables construites EQR11)

MALFOMAJEUR2

Malformation majeure 2

- 0 Pas de malformation (ni mineure, ni majeure, ni inconnue)
- 1 Au moins 1 malfo majeure certaine hors malformations génétiques et chromosomiques

(Issue des variables construites EQR11)

CRYPTORCHIDIE

Cryptorchidie

- 0 Pas de malformation (ni mineure, ni majeure, ni inconnue)
- 1 Au moins une malformation majeure dans cet appareil

(Issue des variables construites EQR11)

HYPOSPADIAS

Hypospadias

- 0 Pas de malformation (ni mineure, ni majeure, ni inconnue)
- 1 Au moins une malformation majeure dans cet appareil

(Issue des variables construites EQR11)

13/02/2017

Fille

GENIC1

MAJ

Anomalie organes génitaux externes (corrigée)

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si GENI=1

***GENIPC1**

MAJ

Précisez (corrigée) _____

Garçon

TESTICC1

MAJ

Au moins un testicule non descendu (corrigée)

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

HYPOSPC1

MAJ

Hypospadias (corrigée)

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

MICROPC1

MAJ

Micropénis (corrigée)

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

GENIAUTC1

MAJ

Autre malformation des organes génitaux externes (corrigée)

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si GENIAUT=1

***GENIAUTPC1**

MAJ

Précisez (corrigée) _____

ANOAUT

Autre anomalie congénitale

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

13/02/2017

Si ANOAUT=1

***ANOAUTP** Précisez _____

Un codage des anomalies congénitales a été fait tenant compte de cette variable et des déclarations des parents dans les deux premières années de vie, ces variables sont disponibles au niveau variables construites/santé enfant

DMATER

Décès en maternité (si naissance vivante)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

PHOTOTH

Photothérapie

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si PHOTOTH=1

PHOTOP

Type de photothérapie

- 1 Intensive
- 2 Conventiennelle
- 3 Non renseignée

ANTIBIO

Antibiothérapie en IV

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

GAVAGE

Gavage

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TESTAUD

Test de dépistage auditif

- 0 Aucun test
- 1 Oto-émissions acoustiques (OEA)
- 2 Potentiels évoqués auditifs automatiques (PEA)
- 3 Non renseigné

Si TESTAUD=1 ou 2

RESTEST

13/02/2017

Résultat :

- 1 Normal
- 2 Anormal bilatéral
- 3 Anormal unilatéral
- 9 Non renseigné

POISORTCONNU

Le poids de l'enfant est-il connu à la fin de la période d'enquête ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

ENQ : ATTENDRE LE DERNIER JOUR DE L'ENQUÊTE POUR RÉPONDRE NÉGATIVEMENT À CETTE QUESTION DE FAÇON À RENSEIGNER LE PLUS GRAND NOMBRE POSSIBLE DE POIDS DE SORTIE

(Question ajoutée en vague 2)

Si POISORTCONNU=1

POISORT

Poids de l'enfant à la sortie (grammes)

|_|_|_|_|

***DSORTENF**

Date de sortie de la maternité (enfant) (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de la sortie corrigée de la maternité (enfant)

***DSORTM**

Date de sortie de la maternité (mère) (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de la sortie corrigée de la maternité (mère)

HOSPM

Hospitalisation particulière ou transfert de la mère

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si HOSPM=1

HOSPMP

Précisez :

- 1 En réanimation ou en soins intensifs pour plus de 24 heures
- 2 Dans un autre service pour raison médicale maternelle
- 3 Pour accompagner l'enfant
- 9 Ne sait pas

***DSORTENFC**

MAJ Date de sortie de la maternité (enfant) (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|

DSORTENFJR

MAJ (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de la sortie corrigée de la maternité (enfant)

|_|_|

13/02/2017

***DSORTMC**

MAJ Date de sortie de la maternité (mère) (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DSORTMJR

MAJ (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant corrigée et la date de la sortie de la maternité (mère)

|_|_|

TRANSFERT

(partie dupliquée en cas de jumeaux)

TRANS

Transfert de l'enfant

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Motif du transfert

MOTTRAN_1

Prématurité ou hypotrophie

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAN_2

Détresse respiratoire

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAN_3

Suspicion d'infection

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAN_4

Anomalie congénitale

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

MOTTRAN_5

Autre

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

ENQ : DEUX MOTIFS POSSIBLES

Si MOTTRAN_5=1

*MOTTRANP

Autre motif, précisez _____

ETTRANS

Transfert :

- 1 Dans le même établissement

13/02/2017

- 2 Dans un autre établissement
- 9 Ne sait pas

Si ETTRANS=1 (transfert dans le même établissement)

TRMMET

Dans quel service ?

- 1 En réanimation ou en soins intensifs
- 2 En néonatalogie
- 3 En unité de néonatalogie dans la maternité (y compris unité kangourou)
- 4 Autre
- 9 Ne sait pas

Si TRMMET=4

***TRMMETP** Autre service, précisez : _____

Si ETTRANS=1 (transfert dans un autre établissement)

TRAUTET

Dans quel service ?

- 1 En réanimation ou en soins intensifs
- 2 En néonatalogie
- 3 Autre
- 9 Ne sait pas

Si TRAUTET=3

***TRAUTETP**

Autre service, précisez _____

→ Enfant 2 si jumeaux, ou fin questionnaire

TRNBTRANS

Nombre de transferts

|_|_|

***TRD1TRANS**

Date d'arrivée sur le premier lieu de transfert

|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'arrivée corrigée sur le premier lieu de transfert

TRT1SERV

Service :

- 1 Réanimation
- 2 Néonatalogie
- 3 Unité dans la maternité
- 4 Autre
- 9 Ne sait pas

Si TRT1SERV=9

***TRT1SERVP**

Autre service, précisez _____

TRT1NIV

Niveau :

- 1 Niveau 1

13/02/2017

- 2 Niveau 2A
- 3 Niveau 2B
- 4 Niveau 3
- 9 Ne sait pas

***TRT1VILLE**

Ville _____

***TRDDERTRANS**

Date d'arrivée sur le dernier lieu de transfert

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'arrivée corrigée sur le dernier lieu de transfert

TRTDSERV

Service :

- 1 Réanimation
- 2 Néonatalogie
- 3 Unité dans la maternité
- 4 Autre
- 9 Ne sait pas

***TRTDSERP**

Autre service, précisez : _____

TRTDNIV

Niveau :

- 1 Niveau 1
- 2 Niveau 2A
- 3 Niveau 2B
- 4 Niveau 3
- 9 Ne sait pas

***TRTDVILLE**

Ville : _____

***TRDSORTIE**

Date de sortie du dernier lieu de transfert

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date de sortie corrigée du dernier lieu de transfert

TRDESTI

Départ du dernier lieu de transfert vers :

- 1 Maison
- 2 Maternité
- 3 Pouponnière
- 4 Décès
- 5 Autre
- 9 Ne sait pas

Si TRDESTI=5

***TRDESTIP**

13/02/2017

Autre destination, précisez _____

Si TRDESTI=4

***TRDECES**

Date du décès

|_|_|_|_|_|_|_|

***TRPQDECES**

Cause du décès _____

RÉCAPITULATIF DES LIEUX D'HOSPITALISATION

TRREANIM

Service de réanimation :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRDURREA

Durée de séjour totale (en jours) :

|_|_|

TRNEONAT

Service de néonatalogie :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRNEONMATER

Unité de néonatalogie en maternité :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRCHIRURG

Chirurgie :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRAUTSERV

Autre service spécialisé :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

***TRAUTSERVP**

Autre service spécialisé, précisez _____

TRDECES

Décès :

0 Non

1 Oui

13/02/2017

9 Ne sait pas

***TRD1TRANSC**

MAJ > Date d'arrivée sur le premier lieu de transfert (corrigée) |_|_|_|_|_|_|_|_|

TRD1TRANSJR

MAJ > (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'arrivée corrigée sur le premier lieu de transfert |_|_|

***TRDDERTRANSC**

MAJ > Date d'arrivée sur le dernier lieu de transfert (corrigée) |_|_|_|_|_|_|_|_|

TRDDERTRANSJR

MAJ > (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'arrivée corrigée sur le dernier lieu de transfert |_|_|

***TRDSORTIEC**

MAJ > Date de sortie du dernier lieu de transfert (corrigée) |_|_|_|_|_|_|_|_|

TRDSORTIEJR

MAJ > (Variable construite) Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date corrigée de sortie du dernier lieu de transfert |_|_|

ENFANT TRANSFÉRÉ : PATHOLOGIES

TRPATHORESP

Pathologie respiratoire

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRPATHORESP=1

TRDETRESP

Détresse respiratoire de moins de 48 heures :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRMBHYAL

Maladie des membranes hyalines :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRINHALMEC

Inhalation méconiale :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

*TRAUTRESP

Autre pathologie respiratoire, précisez _____

TRRADTHOR

Radiographies thoraciques :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRRADTHOR=1

TRNBADTHOR

Nombre de radiographies thoraciques :

|_|_|

TRTDMTHOR

TDM thoraciques :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRTDMTHOR=1

TRNBTDTHOR

Nombre de TDM thoraciques :

|_|_|

TRINTUB

Intubation :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRDURVENTIL

Nombre total de jours de ventilation (mécanique, infant flow, PPC) :

|_|_|

Si détail connu, préciser :

TRDURVENTMECA

Nombre de jours de ventilation mécanique

|_|_|

TRDURVENTIF

Nombre de jours d'infant flow

|_|_|

TRDURVENTPPC

Nombre de jours de PPC

|_|_|

TROXYGEN

Oxygénothérapie

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TROXYGEN=1

TRDUROXYGEN

Nombre de jours d'oxygénothérapie

|_|_|

***TRDOXYGEN**

Date d'arrêt définitif de l'oxygénothérapie

|_|_|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date d'arrêt définitif corrigée de l'oxygénothérapie

TRINFPRECOC

Infection précoce (inférieure ou égale à 72 heures de vie)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Non renseigné

Si TRINFPRECOC=1

TRIPGERME

Germe identifié ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Non renseigné

Si TRIPGERME=1

TRIPQLGERM

Quel germe ?

13/02/2017

- 1 Streptocoque B
- 2 E. Coli
- 3 Autre
- 9 Ne sait pas

Si TRIPQLGERM=3

TRIPQLGERMP

Autre germe, précisez _____

TRIPMENING

Atteinte méningée ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRINFARD

Infection tardive (après 72 heures de vie)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRINFARD=1

TRITGERME

Germe identifié ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRITGERME=1

TRITQLGERM

Précisez _____

TRANTIBIOIV

Antibiothérapie en IV

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRANTIBIOIV=1

TRDURANTIBIO

Durée en jours :

|_|_|

TRICTERE

Ictère (traité par photothérapie ou exsanguino-transfusion)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRICTERE=1

TRTXBILIRUB

Taux maximum de bilirubine (micromol/L)

|_|_|

13/02/2017

TRAGICTERE

Taux atteint à quel âge (en jours, 00 si inférieur à 24 heures) ?

|_|_|

TRPATHODIG

Pathologie digestive

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRPATHODIG=1

***TRPATHODIGP**

Précisez _____

TRRADABDO

Radiographies d'abdomen sans préparation :

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRRADABDO=1

TRNBRADABDO

Préciser le nombre :

|_|_|

TRTDMABDO

TDM abdominaux

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRTDMABDO=1

TRNBTDMA

Préciser le nombre :

|_|_|

TRANOCHROM

Malformation ou anomalie chromosomique

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRANOCHROM=1

TRCARYOTYP

Caryotype demandé

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRCARYOTYP=1

TRRESCARYO

Résultat :

1 En attente

2 Normal

3 Anormal

13/02/2017

9 Ne sait pas

Si TRRESCARYO=1

***TRRESCARYOP**

Précisez de manière détaillée l'anomalie _____

TRNEURO

Anomalie ou pathologie neurologique

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRNEURO=1

TRENCEPHALO

Encéphalopathie

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TRENCEPHALO=1

TRENCEPHALOP

Stade (1, 2 ou 3) :

|_ |

TREHOTF

Échographie transfontanellaire

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRHEMORRIV

Hémorragies intra-ventriculaires

0 Non

1 HIV I

2 HIV II

3 HIV III

4 HIV IV

9 Ne sait pas

TRLEUCOM

Leucomalacies

0 Non

1 Hyperéchogénicité > 14 jours

2 Cavitaires

9 Ne sait pas

TRDILATVENT

Dilatations ventriculaires

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

TRTDMCER

13/02/2017

TDM cérébraux

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRTDMCER=1

TRNBDMCER

Préciser le nombre :

|_|_|

TRRESTDMCER

Résultat

- 0 Normal
- 1 Anormal
- 9 Ne sait pas

Si TRTDMCER=1

***TRTDMCERP**

Précisez l'anomalie : _____

TRIRM CER

IRM cérébrales

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRIRM CER=1

TRNBIRM CER

Préciser le nombre :

|_|_|

TRRESIRM CER

Résultat :

- 1 Normal
- 2 Anormal
- 9 Ne sait pas

Si TRRESIRM CER=2

***TRRESIRM CERP** Précisez l'anomalie _____

***TRPATHO OBST**

Précisez _____

TRRADAUT

Radiologie effectuée

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRRADAUT=1

TRRADLOC Précisez la localisation _____

TRTDMAUT

TDM effectué

13/02/2017

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRDMAUT=1

TRDMLOC Précisez la localisation _____

TRIRMAUT

IRM effectuée

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRIRMAUT=1

TRIRMLOC Précisez la localisation _____

***TRDOXYGENC**

MAJ Date d'arrêt définitif de l'oxygénothérapie (corrigée)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TRDOXYGENJR

MAJ Délai en jours entre la date de naissance de l'enfant et la date corrigée d'arrêt définitif de l'oxygénothérapie

|_|_|

ENFANT TRANSFÉRÉ : ALIMENTATION, AUTRES INFORMATIONS

TRJDEBALIM

Début d'alimentation, préciser à quel jour de vie :

|_|_|

TRCATHOMB

Cathéter veineux ombilical

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRCATHCENT

Cathéter central

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRCATHCENT=1

TRDURCATHC

Nombre de jours :

|_|_|

TRRADPOSEC

Radiologies de contrôle pour la pose du cathéter :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRRADPOSEC=1

TRNBRADPOSEC

Nombre de radiologies :

|_|_|

TRGAVAGE

Gavage gastrique (lait et/ou SRO)

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TRGAVAGE=1

TRDURGAVAGE

Nombre de jours :

|_|_|

TRLAITMAT

Lait de sa mère :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRLAITPA

Lait premier âge ou LP :

- 0 Non

13/02/2017

- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRLAITAUT

Autre :

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRTESTAUD

Test de dépistage auditif

- 0 Aucun test
- 1 Oto-émissions acoustiques (OEA)
- 2 Potentiels évoqués auditifs automatiques (PEA)
- 9 Non renseigné

Si TRTESTAUD=1 ou 2

TRRESTEST

Résultat :

- 1 Normal
- 2 Anormal bilatéral
- 3 Anormal unilatéral
- 9 Ne sait pas

TRMEREENF

Présence de la mère auprès de son enfant :

- 1 Tous les jours ou presque
- 2 Quelques jours par semaine
- 3 Une fois par semaine
- 4 Moins d'une fois par semaine
- 9 Ne sait pas

TRPOISORT

Poids de l'enfant à la sortie (grammes) :

|_|_|_|_|

TRPCSORT

Périmètre crânien à la sortie (cm) :

|_|_|_|_|

FIN