FICHE DE SUIVI DES NOUVEAU-NES DANS LE CADRE DE L'EPIDEMIE COVID-19 – SOCIETE FRANCAISE 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 néonatologie**
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 diagnostic de Covid19 chez la mère: I__I I__I SA + I__I 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 ☐ Néonat ☐ 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