

Volet CEpiP - 02

Asbl Centre d'Epidémiologie Périnatale - Route de Lennik 808 CP597 -
1070 Bruxelles – 02/5556030 – info@cepip.be – www.cepip.be

IDENTIFICATION DU FORMULAIRE

Code de l'hôpital ou du lieu d'accouchement 97 si hors maternité, non programmé, sans professionnel 98 si hors maternité, non programmé, avec professionnel 99 si hors maternité, programmé, avec professionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Classification de l'accouchement (année, numéro de l'accouchement, et code en cas de naissance multiple)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT

Date de naissance de la mère (jour/mois/année)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal de la commune de résidence de la mère (4 chiffres, 9999 si à l'étranger)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

NAISSANCES PRECEDENTES

Y a-t-il eu une (des) naissance(s) avant cette grossesse ? (mort-né ou né vivant, $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>								
Si oui,	Nombre total d'enfants nés vivants	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
	Date de naissance du dernier enfant né vivant	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)
	La mère a-t-elle accouché entre-temps d'un enfant/fœtus mort-né ? ($\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>							
Y a-t-il eu une césarienne pour une précédente grossesse ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>								

GROSSESSE ACTUELLE

Parité (nombre d'accouchements, cet accouchement inclus, de tout enfant vivant, ou d'un enfant/fœtus mort-né de ≥ 500 g ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm – les grossesses multiples n'influencent PAS la parité)	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Poids de la mère AVANT la grossesse (ou avant 15 semaines)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)	
Poids de la mère à l'entrée en salle d'accouchement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)	
Taille de la mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)	
Conception de la grossesse (un seul choix)	Spontanée <input type="checkbox"/>	Traitement hormonal <input type="checkbox"/>	ICSI <input type="checkbox"/>	FIV <input type="checkbox"/>	Pas demandé <input type="checkbox"/>
Hypertension durant cette grossesse (≥ 140 / ≥ 90)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>		
Diabète	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>		
VIH	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non testé <input type="checkbox"/>	
Grossesse multiple	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
si oui : nombre d'enfants à la naissance (mort-nés compris)	<input type="text"/>				

ACCOUCHEMENT

Durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines achevées)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Certitude de cette durée	Sûr <input type="checkbox"/>	Estimation <input type="checkbox"/>	
Présentation de l'enfant à la naissance	Sommet fléchi en occipito-antérieur <input type="checkbox"/>	Autre présentation céphalique <input type="checkbox"/>	
	Siège <input type="checkbox"/>	Transverse <input type="checkbox"/>	Inconnu (si absence de professionnel) <input type="checkbox"/>
Induction de l'accouchement (Y COMPRIS en cas de rupture spontanée de la poche chez une patiente pas en travail)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Analgésie péridurale et/ou rachianesthésie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Surveillance fœtale pendant le travail (plusieurs choix possibles)	CTG (cardio(toco)gramme) <input type="checkbox"/>	STAN <input type="checkbox"/>	
	pH au scalp <input type="checkbox"/>	Auscultation intermittente <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/>
Colonisation par le streptocoque du groupe B	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>	non testé/non connu <input type="checkbox"/>
Antibioprophylaxie intrapartale du streptocoque B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Date de naissance de l'enfant (jour/mois/année)				/			/				
Heure de la naissance (heure/minute)				h			<input type="checkbox"/> Inconnu (si absence de professionnel)				
Mode d'accouchement (plusieurs choix possibles)	Spontané en sommet <input type="checkbox"/>	Siège par voie vaginale <input type="checkbox"/>									
	Ventouse <input type="checkbox"/> Césarienne électorive (programmée, pas en travail, poche intacte) <input type="checkbox"/>										
	Forceps <input type="checkbox"/> Césarienne non programmée (tous les autres cas) <input type="checkbox"/>										
Episiotomie		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>							
Indications de la césarienne (plusieurs choix possibles)	Césarienne antérieure <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/> Souffrance fœtale <input type="checkbox"/>										
	Dystocie, pas en travail <input type="checkbox"/>										
	Dystocie, en travail mais stagnation dilatation <input type="checkbox"/>										
	Dystocie, en travail mais arrêt de la progression à l'expulsion <input type="checkbox"/>										
	Pathologie maternelle <input type="checkbox"/> Cause placentaire (décollement, praevia) <input type="checkbox"/>										
	Demandée par la patiente <input type="checkbox"/> Grossesse multiple <input type="checkbox"/>										
Autre (spécifier):											

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Poids à la naissance								g
Sexe		Masculin <input type="checkbox"/>		Féminin <input type="checkbox"/>		Ambiguïté <input type="checkbox"/>		
Indice d'Apgar après : 1 min				5 min				Inconnu (si absence de professionnel) <input type="checkbox"/>
Ventilation du nouveau-né		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>				
		Si oui :		Ventilation ballon et masque <input type="checkbox"/>		Intubation <input type="checkbox"/>		
Malformations majeures		Si oui, cochez : (plusieurs choix possibles)					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Anencéphalie <input type="checkbox"/>	Fente labiale/palatine <input type="checkbox"/>	Hernie diaphragmatique <input type="checkbox"/>						
Spina bifida <input type="checkbox"/>	Imperforation anale <input type="checkbox"/>	Omphalocèle <input type="checkbox"/>						
Hydrocéphalie <input type="checkbox"/>	Anomalie réductionnelle membres <input type="checkbox"/>	Gastroschisis <input type="checkbox"/>						
Transposition des gros vaisseaux <input type="checkbox"/>	Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/>	Communication interventriculaire (CIV) <input type="checkbox"/>						
Malformation adénomatoïde du poumon (MAKP) <input type="checkbox"/>	Atrésie de l'œsophage <input type="checkbox"/>	Atrésie des voies biliaires <input type="checkbox"/>						
Atrésie intestin grêle <input type="checkbox"/>	Atrésie anale <input type="checkbox"/>	Hypospade <input type="checkbox"/>						
Agénésie rénale <input type="checkbox"/>	Syndrome transfuseur-transfusé (STT) <input type="checkbox"/>	Hygroma kystique <input type="checkbox"/>						
Craniosténose <input type="checkbox"/>	Dysplasie squelettique/nanisme <input type="checkbox"/>	Trisomie 21 <input type="checkbox"/>						
Syndrome de Turner (Xo) <input type="checkbox"/>	Hydrops fœtal <input type="checkbox"/>	Trisomie 18 <input type="checkbox"/>						
Anomalie obstructive bassinet/uretère <input type="checkbox"/>	Dysplasie rénale poly/multikystique <input type="checkbox"/>	Trisomie 13 <input type="checkbox"/>						

POST-PARTUM

Transfert vers un département néonatal		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
		Si oui, département N* <input type="checkbox"/>		département NIC <input type="checkbox"/>	

MORTALITE PERINATALE

Enfant/foetus mort-né (≥ 500 g ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm) :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
		Si oui : mort avant le travail et l'accouchement <input type="checkbox"/>		pendant <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/>	
		Si non (pas mort-né) : mort dans les 12h après l'accouchement ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Cause (plusieurs choix possibles)	Non malformé, non macéré <input type="checkbox"/>	Décollement placentaire <input type="checkbox"/>			
	Malformation <input type="checkbox"/>	Asphyxie et/ou traumatisme <input type="checkbox"/>			
	Petit poids de naissance <input type="checkbox"/>	Autre cause <input type="checkbox"/>			
	Pathologie maternelle <input type="checkbox"/>	Inconnu <input type="checkbox"/>			