



AUDIPOG

ASSOCIATION DES UTILISATEURS DE DOSSIERS INFORMATISÉS
EN PÉRINATALITÉ, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Lexique et
Règles de codage
du
DOSSIER OBSTÉTRICAL

2008

1^{re} élaboration : 1990
Révision 1 : 1992
Révision 2 : 2008

« Réseau Sentinelle » de l'AUDIPOG
Faculté de Médecine RTH Laënnec LYON

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Ce lexique est le fruit de la réflexion réalisée par un groupe de travail en 2008, réuni dans le cadre d'une mise à jour de la version de 1992, de l'AUDIPOG.

Il a pour objectif :

- d'assurer la cohérence des données recueillies, dans le cadre du **Réseau Sentinelle de Maternités**, par les utilisateurs, en indiquant, pour chaque item, la définition, la convention ou la règle de codification.
- Au-delà des participants au Réseau Sentinelle, ce document est aussi utile pour ceux utilisant des dossiers Audipog (papier ou informatisés). Afin que tout le monde parle le même langage.
- Ce document s'inscrit aussi dans une démarche qualité portant sur la tenue du dossier patient qui est un point étudié dans le cadre de la certification des établissements de santé. L'utilisation d'un dossier structuré facilite les évaluations des pratiques professionnelles (bonne tenue du dossier, dépistage du portage vaginal à strepto B en référence aux recommandations nationales sur le sujet, etc.).

PRÉSENTATION DU DOSSIER :

Le dossier obstétrical « minimum » comprend 2 sous-dossiers :

- le dossier obstétrical proprement dit (D31) ;
- le dossier « grossesse multiple » (D32) à utiliser pour les 2^e, 3^e etc. enfants ;

Il est recommandé que chaque personne effectue elle-même la codification de la partie la concernant :

Dossier D31 :

- renseignements généraux et antécédents : médecin ou sage-femme de consultation (p. 1-4) ;
- accouchement : sage-femme et/ou obstétricien (p. 35-37) ;
- nouveau-né en salle de travail : sage-femme et/ou obstétricien (p. 38-39) ;
- séjour de l'enfant : pédiatre, puéricultrice (p. 44-45) ;
- séjour de la mère : interne, chef de clinique, médecin du service (p. 47) ;

Dossier D32 :

- accouchement : sage-femme et/ou obstétricien (p. 3) ;
- séjour de l'enfant : pédiatre, puéricultrice (p. 10-11) ;

OUVERTURE ET FERMETURE DU DOSSIER :

Un dossier obstétrical doit être « **ouvert** » :

- pour toute femme venue en consultation prénatal, lors de sa première visite à la maternité,
- pour toute femme venue accoucher d'un enfant d'âge gestationnel supérieur ou égal à **22 semaines d'aménorrhée** ou si l'AG n'est pas connu, **pesant 500 g** (au moins), ou si le poids n'est pas connu de taille supérieure ou égale à **25 cm** (vertex-talon).
- pour toute IMG, dès lors que $AG \geq 22$ sem. Et/ou poids ≥ 500 g.

Le dossier obstétrical ne sera déclaré « **fermé** » qu'au 42^e jour suivant l'accouchement, après avoir mis à jour les données de l'enfant ayant été transféré à partir des informations recueillies dans le service de transfert sur toute **la période néonatale du 1^{er} au 28^e jour de vie inclus**. Le dossier sera alors exportable, explorable, etc... Cette recommandation est essentielle dans le cadre du réseau sentinelle. Des informations postérieures à l'accouchement et parvenues ultérieurement du service de transfert, pourront être ajoutées au dossier.

GUIDE PAR RUBRIQUE

PRÉSENTATION DU GUIDE

1. Chaque item du questionnaire faisant l'objet d'un commentaire est cité accompagné de son commentaire, dans l'ordre du questionnaire. Les items se passant de commentaire ne sont pas reproduits.
2. Les variables retenues par le **Réseau Sentinelle** apparaissent encadrées. Comme pour le reste du questionnaire, les items se passant de commentaire ne sont pas reproduits.

SOMMAIRE

PAGE 4 : IDENTIFICATION

PAGE 5 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET ANTÉCÉDENTS

PAGE 8 : DÉBUT DE GROSSESSE

PAGE 9 : PREMIER CONTACT

PAGE 10 : RÉSUMÉ D'HOSPITALISATION

PAGE 11 : SYNTHÈSE DE LA GROSSESSE

PAGE 13 : CONDUITE À TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

PAGE 13 : RÉSUMÉ DE L'ACCOUCHEMENT

PAGE 15 : NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

PAGE 15 : PREMIER EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ

PAGE 15 : RÉSUMÉ DU SÉJOUR DU NOUVEAU NÉ

IDENTIFICATION

DATE DE NAISSANCE ET AGE

Indiquer la date de naissance et l'âge, en années révolues, qui pourra être utilisée à des fins de contrôle.

En cas de date de naissance connue à l'année près, coder au 1^{er} juillet de l'année considérée

N° D'ACCOUCHEMENT

Année Numéro

Indiquer les deux derniers chiffres de l'année de l'accouchement.
Le numéro est un numéro chronologique de dossier.

S'il existe un numéro chronologique d'accouchement utilisé dans l'établissement il est proposé d'utiliser ce numéro pour les accouchements. On utilisera alors les numéros 9001 et suivants pour les dossiers ne correspondant pas à des accouchements (avortements tardifs, interruption de grossesse pour indication médicale).

Les grossesses multiples font l'objet d'un seul dossier D31 et de un ou plusieurs dossiers D32. Tous les enfants issus d'une même grossesse ont un même numéro chronologique de dossier qui est le numéro d'accouchement du premier enfant né. Les enfants suivants seront identifiés grâce au code « grossesse multiple ».

TYPE GROSSESSE

Permet de préciser le nombre de fœtus arrivés à 22 semaines d'âge gestationnel, au cours de la grossesse considérée.

1, pour une grossesse unique

2,3... pour une grossesse gémellaire, triple....

CODE

*N° d'identification
dans le réseau*

Il s'agit du numéro d'identification régional des femmes au sein d'un Réseau de Santé en Périnatalité.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET ANTÉCÉDENTS

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX CONCERNANT LA MÈRE :

SITUATION DE
FAMILLE

Indiquer la situation effective.

ORIGINE
GÉOGRAPHIQUE

« **France Métropolitaine** » = France Métropolitaine + Corse
« **Europe du Nord** » = Europe du Nord et de l'Est, y compris ex-URSS
« **Europe du Sud** » = Europe du Sud sauf France == Albanie, Espagne, Grèce, Italie, Portugal, ex-Yougoslavie
« **Afrique du Nord** » = Afrique du Nord = Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Mauritanie, Tunisie
« **Afrique Sub-Saharienne** » = Afrique sauf Afrique du Nord
« **DOM-TOM** »
« **Asie mineure** » = Turquie essentiellement
« **Asie** » = Moyen Orient = Arabie Saoudite, Émirats, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Syrie, Turquie, Yémen ; et tous les pays asiatiques (Chine, Vietnam , etc.)
« **Autres** » = Amérique, Océanie

PROFESSION

Indiquer la dernière profession exercée même dans le cas de femmes ne travaillant plus ou étant au chômage

« *exercée pendant la grossesse* »

« actif » : toute femme qui poursuit ou reprend l'exercice de sa profession au-delà de 12 semaines d'aménorrhées quelle que soit sa durée hebdomadaire de travail.

TABAC

Dans le cas de femmes fumant cigares ou pipe, cocher de la même façon que pour les cigarettes.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE PÈRE :

- ÂGE : Indiquer l'âge en années révolues.
- NIVEAU D'ÉTUDES Reprendre les mêmes consignes que pour la mère.
- PROFESSION Indiquer le statut actuel (y compris le chômage).

ANTÉCÉDENTS MATERNELS :

MÉDICAUX

BMI (Body Mass Index) = Index de masse corporelle
= Poids (en kg) / Taille² (en cm).

Pathologies Générales antérieures Concerne les pathologies **dont le début est antérieur à la grossesse, et susceptibles d'influer sur son déroulement ou son issue**, et nécessitant sa prise en compte dans le suivi de la grossesse. (exemple : lupus, épilepsie) les autres pathologies ne sont pas à cocher mais peuvent être écrites en clair dans le texte (rougeole durant l'enfance ou autre maladie infantile).

CHIRURGICAUX

Concerne les pathologies dont le début est antérieur à la grossesse, **et susceptibles d'influer sur son déroulement ou son issue**.

Sont exclues les pathologies guéries sans séquelles (exemple : appendicectomie, amygdaléctomie, dents de sagesse).

Les antécédents chirurgicaux, ne nécessitant pas une prise en charge particulière, peuvent être saisis dans le texte, en clair (sans codage).

GYNÉCOLOGIQUES

Concerne les pathologies dont le début est antérieur à la grossesse, et susceptibles d'influer sur son **déroulement ou son issue** (herpes génital, béance cervicale, malformation utérine congénitale tec.).

Sont exclues les pathologies guéries sans séquelles (exemple : mycoses, vaginose bactérienne).

Les antécédents gynécologiques, ne nécessitant pas une prise en charge particulière, durant la grossesse peuvent être saisis dans le texte, en clair (sans codage).

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

NOMBRE TOTAL DE GROSSESSES ANTÉRIEURES = Nombre de **grossesses** cliniques évolutives quelle qu'en soit leur issue (sans compter celle en cours).

Dont nombre
d'accouchements

= Nombre de grossesses terminées par un accouchement (expulsion d'un fœtus ou d'un enfant vivant ou mort, d'âge gestationnel \geq 22 sem. d'aménorrhée ; pesant 500g ou plus si le terme n'est pas connu, ou en l'AG et le poids sont inconnus de taille \geq 25 cm du vertex au talon).

En cas d'antécédents de **grossesse multiple**, compter une grossesse et **un accouchement**.

Dont nombre d'avortements
spontanés

= Nombre de **grossesses** terminées par un avortement spontané (précoce ou tardif).
Avortement tardif : expulsion d'un fœtus d'âge gestationnel supérieur ou égal à **22 semaines d'aménorrhée** ou si l'AG n'est pas connu, **pesant 500 g** (au moins), ou si le poids n'est pas connu de taille supérieure ou égale à **25 cm** (vertex-talon).

Dont nombre d'IVG

= Nombre de **grossesses** terminées par une interruption volontaire de grossesse (\leq 14 SA).

Dont nombre d'IMG

= Nombre de **grossesses** terminées par une interruption de grossesse pour indication médicale, quel que soit le terme, réduction embryonnaire exclue.

NOMBRE DE
GROSSESSES APRÈS
STÉRILITÉ TRAITÉE

Traitées médicalement = Induction, FIV et autres PMA.
Le nombre peut être indiqué dans les « codes internes »

NOMBRE DE
GROSSESSES AVEC MAP

Traitées et/ou hospitalisées. Le diagnostic de menace d'accouchement prématuré est laissé à l'appréciation des cliniciens (pour les grossesses $>$ 22 SA).

NOMBRE DE
CÉSARIENNES

= Nombre de grossesses terminées par une césarienne, y compris vaginale.
En cas de grossesse multiple, cocher une seule césarienne.

NOMBRE
D'ACCOUchements
PRÉMATURÉS (< 37 SEM.)

= Nombre de grossesses terminées par un accouchement prématuré soit entre 22 SA révolues et avant 37 SA révolues.
En cas de grossesse multiple, cocher un seul accouchement prématuré.

NOMBRE D'ENFANTS
HYPOTROPHIQUES

= Nombre d'enfants nés avec un poids ($<$ 3^e percentile des courbes utilisées par les services)

En cas de grossesse multiple, compter tous les enfants présentant une hypotrophie.

NOMBRE DE MORT-NÉS
(\geq 22 SA)

= Nombre d'enfants mort-nés.
Mort-né : naissance d'un enfant mort, pesant au moins 500g, ou ayant au moins 22 sem. d'âge gestationnel, ou mesurant au moins 25 cm du vertex au talon. Par enfant mort, on entend l'absence de tout signe de vie, tels que battement cardiaque, mouvement musculaire ou respiratoire, pulsation du cordon.

NOMBRE DE MORT
NÉONATALES < 28 JRS

= Nombre d'**enfants** nés vivants, décédés avant le 28^e jour de vie.

DÉBUT DE GROSSESSE

DATE DES
DERNIÈRES RÈGLES

Indiquer la date connue (ne pas modifier cette date à partir du résultat de l'échographie).

Si date inconnue ou incertaine laisser en blanc.

DATE ESTIMÉE DU
DÉBUT DE
GROSSESSE

Quel que soit le mode de détermination (DDR + 14 jours, éventuellement corrigée par la courbe ménothermique, le rapport fécondant, l'induction de l'ovulation, ou l'échographie).

DATE PRÉVUE DE
L'ACCOUCHEMENT

Date estimée du début de grossesse + 9 mois.

Déterminée par

- « DR » : dernières règles y compris s'il y a concordance avec la date estimée par l'échographie
- « Échographie » : en cas de discordance avec la date déterminée par les dernières règles
- « Incertaine » : si DDR inconnue ou incertaine et date estimée de début de grossesse incertaine.

*Grossesse sous
contraception*

« oui » : en cas de contraception orale ou de stérilet ou d'implant sous-cutané ou d'anneau vaginal ou de patch.

STÉRILITÉ
PRÉCÉDANT LA
GROSSESSE
ACTUELLE

Période d'au moins deux années au cours desquelles n'est pas survenue une grossesse souhaitée, ou stérilité traitée par des moyens médicaux ou chirurgicaux.

Si oui grossesse

Induction isolée

FIV = Fécondation in vitro ; IAD = Insémination avec donneur ; IAC = Insémination avec conjoint ; ICSI = Intracytoplasmic sperm injection

PREMIER CONTACT

- « Transfert » : Femme enceinte hospitalisée venant d'un autre établissement de santé.
- « Nombre de consultations antérieures au 1^{er} contact » : consultations programmées ou en urgence par tout professionnel de santé (SF, obstétricien, gynécologue médical, médecin généraliste).
- « TA » : Tension artérielle exprimée en mm de mercure.
- « Frottis » : Frottis cervical
- « Niveau de soins » :
I : pas de service de néonatalogie

II : présence d'un service de néonatalogie dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance

III : service de réanimation néonatale présent dans le même bâtiment (en plus des unités de néonatalogie) ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance.

RÉSUMÉ D'HOSPITALISATION

MODE D'ENTRÉE

- « mutation » : Femme enceinte venant d'un autre service du même établissement que la maternité.
- « transfert » : cf. chapitre 1^{er} contact.
- « domicile après orientation » : Femme enceinte orientée ou référée ayant été vue en consultation hors de l'établissement de santé et hospitalisée dans la maternité en provenance de son domicile.
- « H.A.D. » : Structure juridique d'hospitalisation à domicile.

MODE DE SORTIE

- « Mutation » : sortie de la maternité avec hospitalisation dans un autre service de l'établissement de santé où se situe la maternité.
- « Transfert » : sortie de la maternité avec hospitalisation dans un autre service appartenant à un autre établissement de santé.

SYNTHÈSE DE LA GROSSESSE

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE :

NB TOTAL DE
CONSULTATIONS
PRÉNATALES

Y compris la surveillance de la grossesse réalisée à l'extérieur de la maternité.
Si le nombre est inconnu, mais supérieur à 7 :
si nb de consultations = 8 ou 9 : coder 8
si nb de consultations = 10 à 14 : coder 10
si nb de consultations = 15 à 19 : coder 15 etc.

*Nombre de
consultations à la
maternité*

Y compris les consultations à domicile par une sage-femme du service

HOSPITALISATION

Y compris les hospitalisations à domicile et en service de jour.

EXAMENS PENDANT LA GROSSESSE :

ÉCHOGRAPHIE
Résultats

Anomalie biométrique : ne pas coder comme anomalie biométrique les corrections de terme du premier trimestre
1^{er} trimestre = 0 à 14 semaines d'âge gestationnel,
2^e trimestre = 15 à 27 semaines,
3^e trimestre = ≥ 28 semaines

DÉPISTAGE DU
DIABETE

Quel que soit le mode de dépistage.

ENREGISTREMENT
DU RCF

Trouble du RCF : Pelvimétrie anormale si l'un de ces diamètres est :
- antéropostérieur : < 10,5 cm
- transverse médian : < 12,5 cm
- bisiatique : < 10 cm
- bi-ischiatique : < 11 cm.

SÉRODIAGNOSTICS EN FIN DE GROSSESSE :

DANS TOUS LES CAS

Ces informations concernant les examens faits lors de la grossesse actuelle

RUBÉOLE,
TOXOPLASMOSE ET
CYTOMEGALOVIRUS

Si la sérologie est faite (ou refaite) pendant la grossesse, indiquer le résultat, sinon utiliser les codes suivants :
- non fait : si sérologie antérieure à la grossesse inconnue (immunisée)
- non nécessaire : si sérologie antérieure à la grossesse positive.

HBs

Idem aux trois précédents, avec les particularités suivantes :
« positif » = Anti-corps uniquement dont le type est à détailler
« AgHBs + » = persistance de l'antigène

PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE :

MÉTRORRAGIES

Menace d'avortement = risque d'expulsion fœtale avant 22 SA (et/ou 500g)

MENACE
D'ACCOUCHEMENT
PRÉMATURÉ

Menace d'interruption de la grossesse survenant après 22 semaines révolues et avant 37 semaines révolues d'âge gestationnel, caractérisée par des contractions utérines enregistrées et/ou des modifications cervicales.

LIQUIDE AMNIOTIQUE

Hydramnios clinique et/ou échographique
Oligoamnios clinique et/ou échographique

HYPERTENSION
ARTÉRIELLE

Élévation tensionnelle constatée à deux reprises successives montrant une maxima ≥ 140 mm Hg, ou une minima ≥ 90 mm Hg.

- « HTA chronique isolée » : HTA préexistante à la grossesse
- « HTA gravidique » : HTA apparue après 20 SA sans protéinurie (0,3 g/l)
- « Prééclampsie modérée » : HTA apparue après 20 SA accompagnée d'une protéinurie ($>0,3$ g/l et < 3 g/l)
- Prééclampsie sévère » : HTA apparue après 20SA accompagnée d'une protéinurie > 3 g/l
- « Prééclampsie sévère + HELLP syndrome » : HTA après 20 SA accompagnée d'une protéinurie > 3 g/l + d'anomalie (cytolyse hépatique, hémolyse et/ou thrombopénie)
- « Éclampsie » : prééclampsie accompagnée de convulsions maternelles

INFECTION URINAIRE

Y compris asymptomatique ou latente = $\geq 10^5$ germes/mm³, sans manifestation clinique.
En cas d'infection urinaire >1 (prendre la plus grave)

AUTRE PATHOLOGIE :

Ne concerne que les pathologies apparues ou découvertes au cours de la grossesse.

En cas d'existence de **plusieurs pathologies**, les cocher dans **l'ordre de gravité**.

Placenta prævia : ne concerne que les insertions sur le segment inférieur qui s'associent à une complication clinique, le plus souvent hémorragique.

Anémie : ou taux d'hémoglobine inférieur à 10g/l

Mort fœtale diagnostiquée in-utero

Malformation fœtale diagnostiquée in-utero y compris les fœtopathies

Syndrome abdominal douloureux y compris appendicectomie pendant la grossesse

ANOMALIE DE
CROISSANCE INTRA
UTÉRINE

Données cliniques et/ou échographiques (cf. courbes de référence utilisées dans le service).

- Retard de croissance : $< 3^{\circ}$ percentile
- Macrosomie : $> 97^{\circ}$ percentile

CONDUITE À TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

PELVIMÉTRIE

Anomalie : Pelvimétrie anormale si l'un de des diamètres est :

- antéropostérieur : < 10,5 cm
- transverse médian : < 12,5 cm
- biscliatique : < 10 cm
- bi-iscliatique : < 11 cm.

RÉSUMÉ DE L'ACCOUCHEMENT

TRAVAIL :

DÉCLENCHEMENT

Motif

- 1- Accouchement programmé = date accouchement établie avant l'entrée en travail (y compris si, in fine, la femme entre en travail **avant sa date** programmée de déclenchement ou de césarienne prophylactique)
- 2- Grossesse prolongée = décision de déclenchement motivée par la fin de grossesse, sans pathologie (> 41 SA).
- 3- si déclenchement de convenance : cocher autre

Moyens

Autre : exemples acupuncture, sophrologie...

THÉRAPEUTIQUES

Opiacés : y compris le NUBIN ®

PATHOLOGIE AU COURS DU TRAVAIL OU DE L'ACCOUCHEMENT

Ne saisir que les pathologies **apparues en cours de travail** ou celles qui peuvent avoir une **incidence sur la conduite du travail**.
En cas d'existence de plusieurs pathologies, les cocher dans l'**ordre de gravité**.

ACCOUCHEMENT :

EFFECTUÉ PAR

- Sage-femme : sage-femme seule
- Autre : à domicile ou au cours du trajet.

ASPECT L. A.

En cas de modification au cours du travail, prendre en compte l'état le plus pathologique.

PRÉSENTATION

Siège décomplété : y compris siège demi complet, ou siège à demi décomplété

MODE D'ACCOUCHEMENT

- Voie Basse Spontanée : y compris en cas de siège, sans manœuvre obstétricale
En cas de manœuvre obstétricale (Mac Roberts, Jacquemier, etc.) : coder « Intervention voie basse »

ANESTHÉSIE :

ANESTHÉSIE AVANT LA NAISSANCE

Autre : exemples caudale, paracervicale...
Analgésie

ANNEXES :

PROBLEMES LIÉS AU CORDON

Circulaire : ne retenir qu'en cas de circulaire serré compressif.

DURÉE D'OUVERTURE DE L'OEUF

Durée d'ouverture de l'œuf : en cas de fissure des membranes compter de l'heure de la fissure jusqu'à l'accouchement

DÉLIVRANCE :

TYPE DE DÉLIVRANCE

« dirigée » : injection d'ocytociques aux épaules ou immédiatement après la naissance quel que soit le mode (IVD lente ou augmentation de la vitesse de la seringue électrique d'ocytociques).

COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

« oui »
« Hémorragies » coder si
- pour l'accouchement par les voies naturelles les pertes de sang estimées sont > 500 ml (hémorragie sévère > 1 000 ml)
- pour la césarienne hémorragie si les pertes de sang estimées sont > 1 000 ml (hémorragie sévère > 1 500 ml)

« Autres complications » : ne pas oublier de cocher rétentions placentaires complète ou partielle sans hémorragie.

PLACENTA

Autre : exemple : infarctus blanc, concrétions calcaires, tumeur, angiome, cotylédons aberrants, placenta marginé, circumvallata.

NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

ÉTAT À LA NAISSANCE :

En cas de mort fœtale, cocher seulement le sexe, les mensurations (sauf si enfant macéré) et la ou les pathologies.

SORTIE DE LA SALLE DE NAISSANCE :

MODE DE SORTIE

« mutation immédiate » : hospitalisation d'un nouveau-né dans un service de pédiatrie (néonatalogie, réanimation néonatale) dans le même établissement que la maternité

TRANSFERT IMMÉDIAT

enfant quittant la maternité pour être hospitalisé dans un service de pédiatrie (néonatalogie, réanimation néonatale) dans un autre établissement de santé.

PREMIER EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ

ESTIMATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL PAR LE PÉDIATRE

À indiquer en semaines révolues.

Cette **estimation clinique** ne doit pas conduire à modifier l'âge gestationnel noté dans le résumé d'accouchement ; elle apporte un complément d'information et **est impérative** en cas de discordance entre l'état de l'enfant et l'AG calculé précédemment.

ESTIMATION DU DÉVELOPPEMENT PONDÉRAL

Estimation clinique de l'hypotrophie tenant compte de l'âge gestationnel pédiatrique, du sexe, de signes éventuels de malnutrition fœtale.

RÉSUMÉ DU SÉJOUR DU NOUVEAU-NÉ

PATHOLOGIES :

oui : données recueillies en maternité

données complétées à partir des données recueillies dans le service de transfert jusqu'au 28^e jour inclus.

LÉSIONS TRAUMATIQUES

« Autre lésion » : exemple fracture de l'humérus

ANOMALIES
CONGÉNITALES

Autres : exemples angiome, doigt surnuméraire, déformation mineure du pied.

INFECTION

Strepto B : lire streptocoque B

AUTRE PATHOLOGIE

Concerne toute pathologie justifiant une prise en charge immédiate ou différée
Pathologie hématologique : y compris les signes hématologiques secondaires à une infection
thrombopénie < 100 000 plaquettes.