



**ASSOCIATION DES UTILISATEURS DE DOSSIERS INFORMATISÉS
EN PÉDIATRIE, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE**

Lexique et
Règles de codage
du
DOSSIER OBSTÉTRICAL
2014

1^{re} élaboration : 1990
Révision 1 : 1992
Révision 2 : 2008
Révision 3 : 2010
Révision 4 : 2014

« 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^{es}, 3^{es} 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 (SA)** 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 $AG \geq 22 SA$ et/ou poids $\geq 500 g$.

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

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.

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 ÂGE

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 (SA), au cours de la grossesse considérée.

1 pour une grossesse unique

2 pour une grossesse gémellaire

3 pour une grossesse triple

etc.

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, 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

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EXERCÉE PENDANT LA GROSSESSE

« actif » : toute femme qui poursuit ou reprend l'exercice de sa profession au-delà de 12 SA 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 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, 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

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EXERCÉE PENDANT LA GROSSESSE

« actif » : toute femme qui poursuit ou reprend l'exercice de sa profession au-delà de 12 SA 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.

RENSEIGNEMENT 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

B M I (Body Mass Index) = Index de masse corporelle (IMC)
= Poids (en kg)/ Taille² (en m).

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, amygdalectomie, 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** (herpès 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 ≥ 22 SA ; pesant 500g ou plus si le terme n'est pas connu, ou en cas d'AG et de poids inconnus, de taille ≥ 25 cm du vertex au talon).

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

DONT NOMBRE D'AVORTEMENTS

SPONTANES = Nombre de grossesses terminées par un avortement spontané (précoce ou tardif).

Avortement tardif : expulsion d'un fœtus d'âge gestationnel inférieur strictement à 22 SA ou si l'AG n'est pas connu, inférieur strictement à 500 g, ou si le poids n'est pas connu de taille strictement inférieure 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).
(Rappel définition du CNGOF : <http://www.cngof.asso.fr/>)

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 SA) = 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 (<3e 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 SA 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 J = Nombre **d'enfants** nés vivants, décédés avant le 28e 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). Préférer la date de début de grossesse déterminée par l'échographie à T1
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 ANTERIEURES AU 1ER 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 (ex : 100/80).
FROTTIS	Frottis cervico-utérin
	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
TYPE DE SOINS	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 (même si hôpital multi sites).

« Transfert » : cf. chapitre 1er 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 (même si établissement multi sites)

« Transfert » : Sortie de la maternité avec hospitalisation dans un autre service appartenant à un autre établissement de santé (autre entité juridique).

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 1er trimestre = 0 à 14 semaines d'âge gestationnel, 2e trimestre = 15 à 27 semaines, 3e trimestre = ≥ 28 semaines
DÉPISTAGE DU DIABÈTE	Quel que soit le mode de dépistage.
ENREGISTREMENT DU RCF (rythme cardiaque fœtal)	Trouble du RCF : cf. RPC du CNGOF de 2007

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) ou non justifiée

- 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 foetale avant 22 SA (et/ou 500g)
MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ	Menace d'interruption de la grossesse survenant après 22 SA révolues et avant 37 SA révolues, caractérisée par l'association de contractions utérines régulières et douloureuses et de modifications cervicales (RPC CNGOF 2002).
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/mm ³ , sans manifestation clinique. En cas d'infection urinaire >1 (prendre la plus grave) 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.
AUTRE PATHOLOGIE	Placenta prævia : ne concerne que les insertions sur le segment inférieur. Anémie : ou taux d'hémoglobine inférieur à 10g/l Mort foetale diagnostiquée in-utero Malformation foetale diagnostiquée in-utero y compris les foetopathies 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 : < 5e percentile

- Macrosomie : > 95e percentile

Vous pouvez vous référer aux courbes AUDIPOG
(http://www.audipog.net/courbes_morpho.php)

CONDUITE À TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

PELVIMÉTRIE

Anomalie : Pelvimétrie anormale si l'un des diamètres suivant est anormal :

- antéropostérieur : < 10,5 cm
- transverse médian : < 12,5 cm
- bisciatique : < 10 cm
- bi-ischiatique : < 11 cm.

Valable pour les Caucasiennes ; par extension cocher « anomalie » pour les Afro-antillaises

RÉSUMÉ DE L'ACCOUCHEMENT

TRAVAIL

MOTIF DÉCLENCHEMENT

- 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)
- Grossesse prolongée = décision de déclenchement motivée par la fin de grossesse, sans pathologie (> 41 SA).
- si déclenchement de convenance : cocher autre (on a revue cela ???) Oui

Auparavant, on cochait les convenances dans 1. Dans le lexique de 1992, il était écrit pour accouchement programmé : décision de déclenchement sans indication médicale.
Cette modification a été faite lors de la révision 2008.

MOYENS DÉCLENCHEMENT

Autre : exemples acupuncture, sophrologie...

THÉRAPEUTIQUES

Opiacés : y compris le NUBAIN ®

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, para-cervicale...
Analgésie

ANNEXES

PROBLEMES LIÉS AU
CORDON Circulaire : ne retenir que les circulaires serrées compressifs.
Voici les 9 modalités d'anomalie du cordon :
insertion vélamenteuse du cordon ombilical (avec hémorragie)
insertion vélamenteuse du cordon ombilical (sans hémorragie ou anémie fœtale)
circulaire avec compression du cordon ombilical
nœud vrai du cordon ombilical
circulaire lâche
bretelle du cordon
procidence du cordon ombilical
brièveté du cordon ombilical
autre anomalie du cordon

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, circum-vallata.

* Ne pas confondre « type de délivrance » (dirigée ou pas) avec le mode (artificielle etc.)

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 foétale.

RÉSUMÉ DU SÉJOUR DU NOUVEAU-NÉ

PATHOLOGIE	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