**Contenu des fiches d’observation**

Les fiches d’observation sont regroupées en 2 cahiers, « Nouveau-né » et « Mère», devant être utilisés conjointement pour les études de cohortes, qu’elles soient prospectives ou rétrospectives, et pour les études cas-contrôle.

Ces fiches d’observation devront être utilisées à l’admission et à la sortie/au retour au domicile. Pour tout patient admis dans un établissement de soins pour une durée supérieure à 24 heures, les fiches d’observation « Données initiales et Devenir » et « Résultats des examens complémentaires » pourront être reproduits (photocopiés ou réimprimés) afin d’être utilisées pour collecter les données quotidiennes pendant la durée de l’hospitalisation.

Pour toutes études nous recommandons de compléter au minimum les cahiers d’observation suivants : [1] Mère : Données Initiales et Devenir (MDID) and [2] Nouveau-né : Données Initiales et Devenir (NNDID) et par la suite les cahiers d’observation [3] Mère : Résultats Examens complémentaires (MREC) et [4] Nouveau-Né : Résultats Examens Complémentaires (NNREC) pour tous les nouveau-nés vivants. Si la mère ou le nouveau-né sont admis en soins intensifs (pour adultes ou pédiatriques) nous recommandons de compléter les cahiers d’observation [5] Mère : Soins Intensifs (MSI) ou/et [6] Nouveau-nés : Soins intensifs (NNSI).

Concernant les femmes enceintes présentant une symptomatologie aiguë, remplir le cahier d’observation [7] Mère : Symptomatologie Aiguë (MSAig) et pour toutes les études, remplir également le cahier d’observation [8] Mère : Soins Anténataux (MSAnt).

Nous recommandons de compléter la section concernant le devenir des patients des cahiers d’observation [1] MDID et [2] NNDIDD dès que l’ensemble des résultats des examens complémentaires est disponible.

**Bon usage des fiches d’observation**

Au moment de remplir les différentes fiches des cahiers d’observation, merci de bien vouloir vérifier que :

* La mère ou le consultant/tuteur/représentant du nouveau-né a bien reçu l’information requise concernant l’étude observationnelle et que le consentement éclairé a été dument complété et signé.
* Les codes d’identification de l’étude (attribués à la fois à la mère/femme enceinte et au nouveau-né conformément aux indications relatives à la mise en œuvre du protocole dans l’hôpital) figurent bien sur toutes les pages des fiches d’observation. En effet, toutes les informations collectées dans ces cahiers devront rester strictement anonymes et ceci de manière permanente et définitive, de façon qu’aucune des données collectées dans ces fiches d’observation ne puisse, à aucun moment, être reliée à l’identité du patient.
* L’identification de l’hôpital du patient ainsi que les données relatives aux contacts du patient ont bien été colligées dans un liste à part qui permettra d’effectuer le suivi. Ainsi, le formulaire concernant les contacts devra être conservé séparément des cahiers d’observation, dans un lieu sécurisé, et cela de manière permanente et définitive.
* Chaque site d’étude pourra déterminer la quantité d’informations à recueillir en fonction des ressources disponibles et du nombre de patients inclus. Dans la mesure du possible, les données concernant les patients (Nouveau-né et Mère) devront être recueillies dans les cahiers d’observation correspondants.

Les sites disposant de très peu de ressources ou ayant pris en charge un grand nombre de patients pourront choisir d’utiliser les fiches « Nouveau-nés/Mère : Données initiales et devenir » des cahiers d’observations. La décision en revient aux investigateurs locaux et pourra évoluer pendant toute la durée du recueil des données de l’étude.

Dans cette perspective, les investigateurs doivent veiller à la qualité des données recueillies qui est garante de la qualité de l’analyse qui sera conduite ultérieurement.

**Indications générales**

* Les fiches d’observation ont été conçues pour recueillir les données de l’examen clinique du patient et de l’observation médicale établie à l’hôpital. Concernant les nouveau-nés, cela inclut également les données provenant de l’entretien avec son parent/tuteur/représentant.
* Les codes d’identification patient devront être complétés sur toutes les pages des fiches d’observation (Nouveau-né et Mère)
* Compléter l’ensemble des lignes de chaque section des fiches d’observations sauf lorsqu’il sera spécifiquement indiqué de sauter une section en fonction des réponses déjà apportées.
* Lorsque les réponses aux questions se présentent sous la forme de case à cocher, les modalités de réponse diffèrent selon la forme des cases à cocher, ainsi pour les cases: carrées (❒), il s’agit de choisir une réponse unique (choix simple), rondes (❍), il s’agit de choisir une ou plusieurs réponses (choix multiple)
* A noter que si la réponse à une question particulière n’est pas connue, il est alors nécessaire de cocher la case « Ne sait pas »
* Dans certaines sections, il est possible d’écrire un commentaire pour apporter des informations complémentaires. Afin de permettre une saisie standardisée des formulaires de recueil de données, merci de pas écrire ces commentaires en dehors des zones prévues à cet effet.
* Nous recommandons d’écrire lisiblement en utilisant de l’encre noire ou bleue et écrivant en LETTRES CAPITALES.
* Pour effectuer une correction, barrer tout le texte à supprimer (par exemple : ~~texte à supprimer~~) et écrire le texte de remplacement au dessus. Merci de bien vouloir dater et parapher à l’aide de vos initiales chacune des corrections effectuées.
* A titre d’exemple : Texte corrigé 01/03/2016, B.R. (DD/MM/AAAA, Initiales Prénom.Nom.)  ~~Texte à supprimer~~…
* Merci de garder ensemble toutes les fiches d’observation des cahiers correspondant à la mère et à son nouveau-né (tous deux inclus dans l’étude), en les agrafant ou les rangeant dans un même dossier qui leur sera spécifiquement réservé.
* En cas de difficultés ou de commentaires concernant le remplissage des fiches d’observation ou simplement pour nous faire savoir que vous utilisez ces cahiers d’observation, merci de bien vouloir contacter le Dr Gail Carson à l’adresse électronique suivante : gail.carson@ndm.ox.ac.uk

**Avertissement**:

Les cahiers d’observation constituent un support standardisé de recueil de données cliniques dans le cadre d’études concernant le virus Zika. L’utilisation de ces cahiers d’observation s’effectue sous la responsabilité des investigateurs de ces études. ISARIC et les auteurs de ces cahiers d’observation n’endossent pas la responsabilité liée à l’utilisation de ces cahiers d’observation dans un format modifié ou dans un but différent de celui pour lequel ces cahiers d’observation ont été développés.

Les problèmes liés au formatage de ces cahiers d’observation sont en cours de résolution. Les documents Word sont disponibles afin d’adapter et de traduire les cahiers d’observation, cependant, des difficultés liées à la mise à disposition sur les plateformes Mac ou PC peuvent persister. Le format pdf est aussi disponible, et devrait être bien adapté aux 2 types de machines et à leur système d’exploitation.

**Critères d’inclusion**

A définir conformément au protocole de chaque étude et aux dernières recommandations nationales.

Fournir le consentement éclairé signé.

|  |  |
| --- | --- |
| Date et heure de l’obtention du consentement éclairé (JJ/MM/AAAAA) | Date \_\_\_ \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/20\_\_ \_\_Heure \_\_ \_\_h\_\_ \_\_min |
| Signature de la personne donnant son consentement | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRENOM ET NOM (en lettres capitales) et métier | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Dénomination du site/consultation/structure de soin/hôpital :  |  |
| 2. Situation géographique | Latitude | Longitude | Longitude |
| Situation géographique si disponible |
| 3. Nom de la ville ou du village :  |  |
| 4. Pays : |  |
| 5. Symptomatologie aiguë de la mère | ❒ Oui ❒ NonSi oui, merci de remplir le cahier d’observation intitulé « Symptomatologie aiguë maternelle » |

**1) Renseignements démographiques maternels**

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 7. Ethnie (selon les recommandations nationales) |  |
| 8. Ville/village et province de domiciliation pendant la durée de la grossesse |
| Ville/village | Du (MM/AAAA) | Au (MM/AAAA) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 9. Activité professionnelle ou autre : |  |
| 10. Taille |  | ❒ cm | ❒ Autre unitéPréciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. Poids (avant la grossesse, poids connu ou estimé) | ❒ Kg❒ Autre unité | 12. Poids actuel | ❒ Kg❒ Autre unité |
| 13. Maladies génétiques familiales, du côté maternel ou paternel | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | Si oui, préciser la/les maladie(s) |  |
| 14. Nombre de grossesses antérieures (sans compter la grossesse en cours) |  | 15. Nombre de naissances antérieures survenues après 22 semaines de grossesse |  |
| 16. Est-ce qu’un des nouveau-nés des grossesses antérieures était :  | ❒ Prématuré (<37 semaines de grossesse)❒ Mort-né ou mort en périnatalité❒ Non❒ Ne sait pas |
| 17. Est-ce qu’un des nouveau-nés des grossesses antérieures avait un poids de naissance | **○** <2,5 kg**○** >4,5 kg❒ Non ❒ Ne sait pas | 18. Est-ce qu’un des nouveau-nés des grossesses antérieures présentait une microcéphalie | ❒ Oui❒ Non❒ Ne sait pas |
| 19. Est-ce qu’un des nouveau-nés des grossesses antérieures présentait une malformation congénitale | ❒ Oui❒ Non❒ Ne sait pas | Si oui, préciser : |
| 20. Consaguinité | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas |
| 21. Age gestationnel  | \_\_\_\_semaines\_\_\_\_\_jours | 22. Date prévue de l’accouchement (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 23. Estimation de la date de conception (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 24. Nombre de naissances | ❒ Un seul nouveau-né ❒ Jumeaux ❒ Triplés ❒ Autres, préciser :  |
| 25. Voyage à l’intérieur du pays de résidence ou international pendant la grossesse  | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas |
| Si oui, préciser tous les pays et régions visités ci-dessous :  |
| Pays/région visité | Date de la visite (JJ/MM/AAAA) | Durée de la visite |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2) Maladies chroniques de la mère**

|  |  |
| --- | --- |
| 26. Pathologie cardiovasculaire chronique1 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 27. Pathologie pulmonaire chronique2 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 28. Hémopathies | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
|  Si oui, préciser :  |  |
| 29. Pathologie rénale chronique3 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 30. Hépatopathie chronique, modérée ou sévère4 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 31. Pathologie neurologique chronique5 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
|  Si oui, préciser :  |  |
| 32. Paralysie existant avant cette grossesse | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas |
|  Si oui, préciser les parties du corps affectées: |  |
| 33. Diabète de type 1 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 34. Diabète de type 2 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 35. Autres endocrinopathie chronique6 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 36. Pathologie rhumatologique chronique7 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 37. Immunosuppression | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 38. VIH8 | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
|  Si oui, traitement antirétroviral en cours ? | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| 39. Numération des CD4 | ❒ <200 cellules/µL ❒ 200-499 cellules/µL❒ ≥500 cellules/µL ❒ Ne sait pas |
| 40. Autre type d’immunosuppression ? | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
|  Si oui, préciser : |  |
| 41. Autre pathologie chronique ? | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
|  Si oui, préciser : |  |

1. ceci inclut coronaropathies, pathologie cérébrovasculaire (Accident vasculaire cérébral notamment), hypertension artérielle (Pression artérielle diastolique >100mmHg), artériopathie périphérique (artériopathie oblitérante des membres inférieurs notamment), cardiopathie rhumatismale, malformations cardiaques congénitales, insuffisance cardiaque. (Cf failure. [www.who.int/topics/cardiovascular\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/fr/)
2. Pathologies pulmonaires chroniques obstructives (emphysème, bronchite chronique) diagnostiquées sur des arguments cliniques et spirométriques. Par exemple, dyspnée et diminution du débit expiratoire de pointe (Cf [www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/fr/](http://www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/fr/))
3. Créatinine > 3 mg (265µmol/L) ou dialyse ou transplantation rénale ou syndrome urémique
4. Cirrhose avec hypertension portale ± saignement de varices œsophagiennes
5. Pathologie neurologiques chroniques, par exemple : épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, syndromes douloureux chroniques, lésions cérébrales chroniques, sclérose latérale amyotrophique, etc…
6. Hypopituitarisme, insuffisance surrénale, « acidose récidivante »( ?)
7. Lupus érythémateux disséminé, polymyosite, pseudopolyartrite rhizomélique, connectivite mixte
8. Sérologies VIH-1 ou VIH-2 confirmées (quel que soit la numération/le pourcentage des CD4 ou la charge virale sanguine du VIH), ou patient présentant les critères définissant le SIDA.

**3) Médicaments reçus pendant la grossesse (avant la survenue des manifestations aiguës actuelles)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 42. Médicaments antipyrétiques ou analgésiques | Paracétamol | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| Anti-inflammatoires non-stéroïdien(s) | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |
| Autre(s), préciser :  |
| 43. Anticonvulsivants | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas Si oui, préciser : |
| 44. Antiémétique | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas Si oui, préciser : |
| 45. Vitamines | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas Si oui, préciser : |

**4) Autres médicaments reçus pendant la grossesse**

|  |
| --- |
| 46. Historique de la prise de médicaments pendant la grossesse : Merci de bien vouloir lister tous les médicaments pris par la patiente tout au long de sa grossesse en incluant les antibiotiques, les antiviraux et toutes les autres formes de traitement pharmacologique telles que les plantes ou la prise de remède ne faisant pas l’objet d’une autorisation de mise sur la marché. Merci de bien vouloir indiquer dénomination générique si possible. |
| Nom des médicaments ou plantes ou remède sans autorisation de mise sur le marché | Voie d’administration  |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |
|  | ❒ Voie orale ❒ Voie intra-veineuse ❒ Autre voie, préciser |

**5) Tabac, alcool, drogues illicites et transfusion sanguine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 47. Tabagisme pendant la grossesse | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas  | Si oui, préciser la consommation moyenne quotidienne : | ❒ <10 cigarettes/jour❒ ≥10 cigarettes/jour |
| 48. Consommation de boisons alcoolisées pendant la grossesse | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas  | Si oui, préciser la consommation moyenne quotidienne et le(s) type(s) de boisson consommée :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❒ Moins de 2 prises9 de boisson alcoolisée par jour❒ 2-5 prises par jour❒ >5 prises par jour |
| 49. Consommation de drogues illicites récréatives | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas  | Si oui, préciser les types de drogues consommées et la voie d’administration : |  |
| 50. La patiente a-t-elle reçu une transfusion sanguine | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas  | Préciser/estimer la date de la dernière transfusion et l’indication de la transfusion : |  |

9. Une prise d’alcool est definie par l’absorption d’une boisson alcoolisée quelque soit sa nature (un verre de vin, une verre de bière, un cocktail…)

**6) HISTORIQUE VACCINALE MATERNELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaccination | Immunisé | Date de la dernière dose (JJ/MM/AAAA) |
| 51. Rubéole | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 52. Rougeole | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 53. Oreillons | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 54. Coqueluche | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 55. Varicelle | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 56. Tetanos | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 57. Diphterie | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 58. Polio | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 59. Grippe saisonnière | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 60. Fièvre jaune | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 61. Encéphalite japonaise | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 62. Encéphalite à tiques | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 63. Dengue | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  |  |
| 64. Autre vaccin reçu pendant cette grossesse | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pasSi oui, préciser le type de vaccination |  |
|  Autre vaccin reçu pendant cette grossesse | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pasSi oui, préciser le type de vaccination |  |

**7) Diagnostic et devenir de la mère :**

Indiquer le diagnostic final retenu en fonction des données cliniques, des résultats de examens complémentaires et de la définition des cas. Prendre en compte la définition appropriée de cas, tel que définie l’OMS ou au niveau national ou local et s’assurer que la définition utilisée est bien comprise, sans équivoque, et partagée par toutes les personnes impliquées dans l’étude.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Microorganisme pathogène | Diagnostic | Date de début | Commentaire |
| 65. Virus Zika | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 66. Virus de la dengue | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 67. Virus de la fièvre jaune | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 68. Virus West Nile | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 69. Virus chikungunya | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 70. Toxoplasmosis | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 71. Rubéole | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 72. Cytomégalovirus | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 73. Herpès simplex virus | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 74. Syphilis | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
| 75. Autre, préciser :  | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |
|  Autre, préciser :  | ❒ Infection aiguë confirmée❒ Infection aiguë probable❒ Infection ancienne confirmée❒ Infection ancienne probable❒ Négatif | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |  |

**8) Evolution et devenir final**

|  |  |
| --- | --- |
| **Evolution**  | **Précisions** |
| 76. Date de sortie/retour au domicile (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 77. Etat de la mère à la sortie/au retour au domicile | ❒ Sortie/retour au domicile sans séquelle❒ Sortie/retour au domicile avec séquelles❒ Décédée |
| Si sortie/retour au domicile avec séquelles, préciser :  |  |
| 78. Si décès, préciser la date du décès (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_\_ |
| 79. Etat/évolution de(s) nouveau-né(s) | ❒ Nouveau-né(s) vivant(s)❒ Décès anténatal (aux)❒ Décès pendant l’accouchement❒ Avortement spontané❒ Avortement thérapeutique |
| 80. Infection maternelle au virus Zika | ❒ Confirmée ❒ Probable ❒ Absente ❒ Non recherchée ❒ Ne sait pas |
| 81. Diagnostic d’infection à virus Zika confirmé par :  | ❒ Confirmation par l’analyse effectuée au laboratoire local de l’hôpital❒ Confirmation par un laboratoire national de référence❒ Confirmation par un laboratoire international de référence❒ Autre mode de confirmation, préciser :  |
| 82. Autres évolutions/complications maternelles, préciser :  |

**9) Le cahier d’observation a été rempli par :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom :  |  | Fonction : |  |
| Signature |  | Date (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |