**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](mailto: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 :\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Situation géographique si disponible | | |
| 3. Nom de la ville ou du village : |  | |
| 4. Pays : |  | |

**1) Renseignements démographiques du nouveau-né**

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Sexe | ❒ Masculin ❒ Féminin ❒ Incertain |
| 6. Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 7. Age gestationnel à la naissance | \_\_\_\_semaines\_\_\_\_jours |
| 8. Référence utilisée pour le calcul de l’âge gestationnel | ❒ Date des dernière règles  ❒ Echographie  ❒ Reproduction médicalement assistée  ❒ Autre, préciser : |
| 9. Nombre de naissance | ❒ Unique  ❒ 1er Jumeau ❒ 2ème jumeau  ❒ 1er triplé ❒ 2ème triplé ❒ 3ème triplé  Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. Ethnie du nouveau-né  (en fonction recommandations nationales) |  |
| 11. Présentation de l’enfant lors de l’accouchement | ❒ Céphalique ❒ Siège ❒ Autre, préciser : |

**2) Caractéristiques du nouveau-né à la naissance**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. Score d’Apgar | \_\_\_\_1 | 1 min | \_\_\_\_ | 5 min | \_\_\_\_ | 10 min | \_\_\_\_Non mesuré |
| 13. Poids de naissance (<12 h après l’accouchement) | \_\_\_\_1 | grammes | \_\_\_\_ | livres | \_\_\_\_ | Onces | |
| 14. Distance cranio-caudale | \_\_\_\_1 | cm | \_\_\_\_ | inches | ❒ Ne sait pas | | |
| 15. Périmètre crânien (fronto-occipital)\* | \_\_\_\_1 | cm | \_\_\_\_ | inches | ❒ Ne sait pas | | |
| 16. Périmètre crânien de la mère | \_\_\_\_1 | cm | \_\_\_\_ | inches | ❒ Ne sait pas | | |
| 17. Périmètre crânien du père | \_\_\_\_1 | cm | \_\_\_\_ | inches | ❒ Ne sait pas | | |

\*Périmètre cranien mesuré dans les 12 heures suivant la naissance et jamais au delà de 24 heures

**3) Malformations à la naissance**

Merci de bien vouloir remplir toutes les items de cette partie, même si aucune malformations n’était présente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18. Fontanelle présente | Antérieure  ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | Postérieure  ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | | Bombement de la fontanelle  ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | |
| 19. Céphalhématome | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | Hématome sous-galéal | | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | |
| 20. Craniosynostose | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | Si oui, préciser/décrire : | | | | |
| 21. Omphalocèle | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | 22. Anomalie auriculaire | | ❒ Oui, préciser :  - ❒ Anotie/microtie  - ❒ Autre, décrire:  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | | |
| 23. Gastroschisis | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | 24. Fente labiale/palatine | | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | |
| 25. Syndrome de Down (phénotype) | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | 26. Malformations du système nerveux central (par ex. spina bifida, méningocèle) | | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | |
| 27. Malformations de la main | ❒ Clinodactylie  ❒ Agénésie d’un doigt  ❒ Autre, préciser :  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | 28. Malformations des pieds | | ❒ Elargissement de l’espace interdigital  ❒ Pied bot  ❒ Autre, préciser :  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | | |
| 29. Malformations du membre supérieur ou du membre inférieur | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de préciser le(s) membre(s) concerné(s) : | | |  |
| 30. Malformations ophtalmiques | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de décrire les malformations : | | |  |
| 31. Dysmorphie faciale | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de décrire les malformations : | | |  |
| 32. Autre(s) malformation(s) significative(s) | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de décrire toutes les malformations : | | |  |
| 33. Maladie génétique familiale connue | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de préciser : | | |  |
| 34. Syndrome malformatif diagnostiqué par le médecin | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de préciser : | | |  |

**4) Autres explorations complémentaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Exploration complémentaire | Résultat | En cas de positivité, merci de décrire la malformation : | |
| 35. Fond d’œil | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Non fait |  |  |
| 36. Test de la lueur pupillaire | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Non fait |  |  |
| 37. Cataracte | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Non fait |  |  |
| 38. Choriorétinite | ❒ Absente  ❒ Présente  ❒ Non recherchée |  |  |
| 39. Test auditif | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Non fait |  |  |
| 40. Cardiopathie(s) congénitale(s) | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas |  |  |
| Dépistage sanguin | 41. Hypothyroïdie  ❒ Négatif  ❒ Positif  ❒ Non effectué | 42. Phénylcétonurie  ❒ Négatif  ❒ Positif  ❒ Non effectué | 43. Autre, préciser :  ❒ Négatif  ❒ Positif |
| 44. Tissu cutané céphalique en excès | ❒ Oui  ❒ Non | Si oui, préciser, décrire |  |
| 45. Occiput proéminent | ❒ Oui  ❒ Non |  |  |
| 46. Rides articulaires | ❒ Oui  ❒ Non |  |  |
| 47. Hernie ombilicale | ❒ Oui  ❒ Non |  |  |
| 48. Hémangiomes | ❒ Oui  ❒ Non | Sur la face  Sur le reste du corps | Nombre |
| 49. Epaississement du palais | ❒ Oui  ❒ Non |  |  |
| 50. Autres résultats significatifs | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, merci de préciser : |  |

**5) Données initiales (J0) (≤24 h après l’accouchement)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 51. Date (JJ/MM/AAAA) | | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ | |
| 52. Température maximale | | \_\_\_\_.\_\_°C ou \_\_\_\_\_°Fahrenheit  ❒ Oral ❒ Tympanique ❒ Rectale ❒ Axillaire  ❒ Autre (spécifier) : | |
| 53. Fréquence respiratoire | |  | respirations/min |
| 54. Fréquence cardiaque | |  | battements/min |
| 55. Temps de recoloration capillaire | |  | secondes |
| 56. Saturation périphérique en oxygène (SpO2) | |  | % |
| 57. Système cardiovasculaire | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Ne sait pas | ❒ Souffle cardiaque  ❒ Autre, merci de préciser : | |
| 58. Système respiratoire | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Ne sait pas | Si anormal, préciser : | |
| 59. Système digestif | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Ne sait pas | ❒ Ictère ❒ Sensibilité abdominale  ❒ Hépatomégalie ❒ Spénomégalie  ❒ Autre, préciser : | |
| 60. Type de cri | ❒ Cri d’intensité normale ❒ Cri faible ou très aigu ou continu  ❒ Pas de cri ❒ Autre, merci de préciser : | | |
| 61. Reflexe tonique asymétrique du cou | ❒ Présent  ❒ Absent  ❒ Non recherché | 62. Reflexe de Moro | ❒ Présent  ❒ Absent  ❒ Non recherché |
| 63. Reflexe des points cardinaux | ❒ Présent  ❒ Absent  ❒ Non recherché | 64. Reflexe de succion | ❒ Présent  ❒ Absent  ❒ Non recherché |
| 65. Reflexe d’agrippement (grasping) | ❒ Présent  ❒ Absent  ❒ Non recherché |  |  |
| 66. Convulsions (focale ou générale) | ❒ Généralisées  ❒ Focalisées  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 67. Paralysie | ❒ Complète  ❒ Ascendante  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 68. Hypotonie | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | | |
| 69. Raideur ou spasticité ou majoration du tonus musculaire des membres | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 70. Contractures | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 71. Arthrogryposis | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 72. Autres signes neurologiques\* | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 73. Autres mouvements anormaux (ex. mouvements athétosiques)\* | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, décrire : | |
| 74. Œdème | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, indiquer la(les) localisation(s) : | |
| 75. Eruption | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | Si oui, date d’apparition  (JJ/MM/AAAA) : | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| Si oui, merci de décrire le type d’éruption : | | Topographie de l’éruption : | |
| 76. Eruption maculo-papuleuse | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 77. Eruption érythémateuse | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 78. Eruption « NON BLANCHING » | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 79. Eruption vésiculeuse | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 80. Erythème migrant | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 81. Eruption pétéchiale ou purpurique | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 82. Contusions/Ecchymoses | ❒ Oui ❒ Non | ❒ Centrifuge | ❒ Centripète |
| 83. Autre type d’éruption, préciser | ❒ Oui ❒ Non |  | |

***\*Si une évaluation neuromusculaire spécialisée est nécessaire au cours des 24 premières heures, merci de remplir l’évaluation gestationnelle complémentaire en utilisant le « Hammersmith Short Neonatal Neurological Examination » (Voir le cahier d’observation complémentaire)***

**6) Imagerie (si disponible)**

Si anormal, merci de décrire les anomalies et de joindre les images, si possible :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Neuro-imagerie | Résultats | Si anormaux, merci de résumer les résultats principaux | Images jointes | Compte-rendu joint |
| 84. Echo-Döppler cranien | ❒ Normal  ❒ Anormal  ❒ Non réalisé |  | ❒ Oui  ❒ Non | ❒ Oui  ❒ Non |
| 85. Autre, préciser le test d’examen | ❒ Normal  ❒ Anormal |  | ❒ Oui  ❒ Non | ❒ Oui  ❒ Non |
| Autre, préciser le test d’examen | ❒ Normal  ❒ Anormal |  | ❒ Oui  ❒ Non | ❒ Oui  ❒ Non |
| Autre, préciser le test d’examen | ❒ Normal  ❒ Anormal |  | ❒ Oui  ❒ Non | ❒ Oui  ❒ Non |
| Autre, préciser le test d’examen | ❒ Normal  ❒ Anormal |  | ❒ Oui  ❒ Non | ❒ Oui  ❒ Non |

**7) Médicaments ou support des fonctions vitales du nouveau-ne en post-accouchement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 86. Détailler tous les médicaments administrés dans la 24 heures suivant l’accouchement : Utiliser des noms génériques. Ceci inclut les antibiotiques, antiviraux, corticoïdes, immunoglobulines, anticonvulsivants, diurétiques et autres médicaments | | | | | |
| Type de médicament | Nom générique du médicament | Dose quotidienne et fréquence d’administration | Date de la première prise (JJ/MM/AAAA) | Durée totale de l’administration en jour | Voie d’administration |
|  |  |  | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |  | ❒ Voie IV  ❒ Voie orale  ❒ Voie intra-rectale |
|  |  |  | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |  | ❒ Voie IV  ❒ Voie orale  ❒ Voie intra-rectale |
|  |  |  | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |  | ❒ Voie IV  ❒ Voie orale  ❒ Voie intra-rectale |
|  |  |  | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |  | ❒ Voie IV  ❒ Voie orale  ❒ Voie intra-rectale |
|  |  |  | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |  | ❒ Voie IV  ❒ Voie orale  ❒ Voie intra-rectale |

**8) travail et Acouchement**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 87. Début du travail  ❒ Spontané ❒ Provoqué  ❒ Pas de travail ❒ Ne sait pas | | 88. Rupture prématurée de la poche des eaux  ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | 89. Lieu d’accouchement  ❒ Domicile ❒ Centre de soins ❒ Ne sait pas | | |
| 90. Modalités d’accouchement | ❒ Voie basse, sans assistance ❒ Voie basse, assistée (ex. forceps, aspiration) ❒ Césarienne ❒ Siège assisté ou césarienne | | | | | |
| Si le travail a été provoqué ou si une césarienne a été pratiquée, merci de cocher les cases correspondant à la situation | | | | | | |
| 91. Saignement vaginal | ❒ Oui ❒ Non | | 92. Incompatibilité fœto-maternelle (anti-Rhésus ou anti-Kell) | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 93. Placenta praevia | ❒ Oui ❒ Non | | 94. Cholestase intra-hépatique de la grossesse | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 95. Mort fœtale | ❒ Oui ❒ Non | | 96. Grossesse prolongée/post-terme (>42 semaines) | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 97. Hypertension de grossesse | ❒ Oui ❒ Non | | 98. VIH ou SIDA | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 99. Pré-éclampsie | ❒ Oui ❒ Non | | 100. Infection de l’appareil génital ou maladie sexuellement transmissible | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 101. Pré-éclampsie sévère/éclampsie/HELLP | ❒ Oui ❒ Non | | 102. Infection nécessitant des antibiotiques ou des antiviraux | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 103. Présentation par le siège | ❒ Oui ❒ Non | | 104. Accident/traumatisme maternel | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 105. Souffrance fœtale (Rythme cardiaque fœtale ou score biophysique de Manning anormaux) | ❒ Oui ❒ Non | | 106. Interruption de grossesse | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 107. Diminution des mouvements fœtaux | ❒ Oui ❒ Non | | 108. Antécédent de césarienne | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 109. Echec de progression dans la filière pelvienne | ❒ Oui ❒ Non | | 110. Décompensation d’une pathologie chronique préexistante | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 111. Disproportion fœto-pelvienne | ❒ Oui ❒ Non | | Si oui, préciser : | | | |
| 112. Rupture prématurée et prolongée de la poche des eaux | ❒ Oui ❒ Non | | 113. Autres motif de césarienne lié à la mère : | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 114. Rupture utérine | ❒ Oui ❒ Non | | Si oui, préciser : | | | |
| 115. Hématome rétroplacentaire | ❒ Oui ❒ Non | | 116. Autres motif de césarienne lié à la mère : | | | ❒ Oui ❒ Non |
| 117. Suspicion de retard de croissance intra-utérin | ❒ Oui ❒ Non | | Si oui, préciser : | | | |
| 118. Si réponse « oui » à l’une des questions précédentes, merci de préciser : | | | | | | |
| 119. Poids placentaire |  | Grammes | Autres unités, préciser : | | |  |
| 120. Calcifications placentaires | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | | | | |
| 121. Autres anomalies placentaires | ❒ Oui  ❒ Non  ❒ Ne sait pas | | Si oui, préciser : | | | |
| Complications au cours de l’accouchement | | | | | | |
| 122. Hémorragie | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, indiquer les résultats : | | |  |
| 123. Chorioamniotite | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, indiquer les résultats : | | |  |
| 124. Hypoxémie fœtale | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, préciser les examens réalisés : | | |  |
| 125. Prélèvement du sang fœtal du cuir chevelu | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, indiquer les résultats : | | |  |
| 126. Anomalies cardiotocographiques | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, préciser : | | |  |
| 127. Autres complications | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, préciser/décrire : | | |  |
| Complications du post-partum | | | | | | |
| 128. Complications du post-partum (y compris hémorragiques) | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Si oui, merci de préciser : | | |  |
| 129. Hypoglycémie néonatale | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas | | Merci de préciser la valeur de la glycémie correspondante (si plusieurs mesures ont été effectuées, indiquée la valeur la plus basse): | | . | ❒ mg/dL  ❒ mmmol/L |

**9) Admission du nouveau-ne à l’hopital**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 130. Le nouveau-né a-t-il été admis à l’hôpital ? | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas | | | |
| 131. Si oui, indiquer le nom de l’hôpital |  | | | |
| 132. Ville |  | | | |
| 133. Motif de l’admission |  | | | |
| 134. Date de l’admission (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ | 135. Durée de séjour (jours) | | \_\_\_\_\_jours  ❒ Ne sait pas |
| 136. Le nouveau-né a-t-il été admis en soins intensifs (Soins intensifs, réanimation, réanimation néonatale, réanimation pédiatrique) | | | ❒ Oui❒ Non ❒ Ne sait pas | |
| Si oui, merci de préciser la fiche concernant le module Soins Intensifs du Nouveau-Né du Cahier d’observation Virus Zika | | | | |

**10) Diagnostics et devenir du nouveau-né :** 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 du 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 | Commentaire |
| 137. Virus Zika | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 138. Virus de la dengue | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 139. Virus de la fièvre jaune | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 140. Virus West Nile | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 141. Virus chikungunya | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 142. Toxoplasmosis | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 143. Rubéole | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 144. Cytomégalovirus | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 145. Herpès simplex virus | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| 146. Autre, préciser : | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |
| Autre, préciser : | ❒ Infection aiguë confirmée  ❒ Infection aiguë probable  ❒ Infection congénitale confirmée  ❒ Infection congénitale probable  ❒ Négatif ❒ Non testée ❒ Ne sait pas |  |

**11) Evolution et devenir final du nouveau-né**

|  |  |
| --- | --- |
| **Evolution** | **Précisions** |
| 147. Date de sortie/retour au domicile (JJ/MM/AAAA) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ |
| 148. Etat de la mère à la sortie/au retour au domicile | ❒ Sortie/retour au domicile sans malformation ni séquelle  ❒ Sortie/retour au domicile avec séquelles neurologiques (ex. convulsions, rigidité, hypotonie, mouvements anormaux)  ❒ Sortie/retour au domicile avec malformation congénitale  ❒ Décès prénatal  ❒ Décès au cours de l’accouchement |
| 149. Microcéphalie (telle que définie dans les critères d’inclusion de l’étude) : | ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas |
| 150. Si sortie avec des séquelles neurologiques, merci de préciser/décrire : | |
| 151. En cas de sortie avec d’autres malformations ou séquelles, merci de préciser/décrire pour chacune : | |
| **Diagnostics finaux**  152. Infection à Virus Zika du nouveau-né :  ❒ Confirmée ❒ Probable ❒ Absente ❒ Non recherchée ❒ Ne sait pas  153. Diagnostic confirmé par :  ❒ Confirmation par l’analyse effectuée au laboratoire local de l’hôpital  ❒ Confirmation par un laboratoire national de référence  ❒ Autre mode de confirmation, préciser :  154. Certitude du diagnostic au regard de la définition des cas :  ❒ Possible ❒ Probable ❒ Confirmé  Commentaire sur de la définition des cas :  155. Si le nouveau-né est décédé, merci d’indiquer la date du décès (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_  156. Une autopsie a-t-elle est été pratiquée ? ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas  Si oui, préciser la date de l’autopsie (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_  157. En cas d’évolution particulière, merci de la décrire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

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

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