

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

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 (NSI).

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] NNDID 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 dûment 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 CORRIGE 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

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

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.

(2) NOUVEAU-NÉ: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR (NNDID)

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

CRITERES 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 :		

(2) NOUVEAU-NÉ: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR (NNDID)

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

1) RENSEIGNEMENTS DEMOGRAPHIQUES DU NOUVEAU-NE

5. Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Date des dernière règles <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Reproduction médicalement assistée <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
9. Nombre de naissance	<input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> 1 ^{er} Jumeau <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} jumeau <input type="checkbox"/> 1 ^{er} triplé <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} triplé <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} triplé Autre, préciser : _____
10. Ethnie du nouveau-né (en fonction recommandations nationales)	
11. Présentation de l'enfant lors de l'accouchement	<input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____

2) CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

12. Score d'Apgar	<input type="text"/>	1 min	<input type="text"/>	5 min	<input type="text"/>	10 min	<input type="text"/>	Non mesuré
13. Poids de naissance (<12 h après l'accouchement)	<input type="text"/>	grammes	<input type="text"/>	livres	<input type="text"/>	Onces		
14. Distance cranio-caudale	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	inches	<input type="checkbox"/> Ne sait pas			
15. Périmètre crânien (fronto-occipital)*	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	inches	<input type="checkbox"/> Ne sait pas			
16. Périmètre crânien de la mère	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	inches	<input type="checkbox"/> Ne sait pas			
17. Périmètre crânien du père	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	inches	<input type="checkbox"/> Ne sait pas			

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

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

3) MALFORMATIONS A LA NAISSANCE

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

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

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

4) AUTRES EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

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

5) DONNEES INITIALES (J0) (≤24 H APRES L'ACCOUCHEMENT)

51. Date (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___	
52. Température maximale	___°C ou ___°Fahrenheit <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tympanique <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Axillaire <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
53. Fréquence respiratoire		respirations/min
54. Fréquence cardiaque		battements/min
55. Temps de recoloration capillaire		secondes

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

56. Saturation périphérique en oxygène (SpO2)			%
57. Système cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser :	
58. Système respiratoire	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si anormal, préciser :	
59. Système digestif	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Sensibilité abdominale <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Spénomégalie <input type="checkbox"/> Autre, préciser :	
60. Type de cri	<input type="checkbox"/> Cri d'intensité normale <input type="checkbox"/> Cri faible ou très aigu ou continu <input type="checkbox"/> Pas de cri <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser :		
61. Reflexe tonique asymétrique du cou	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Non recherché	62. Reflexe de Moro	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Non recherché
63. Reflexe des points cardinaux	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Non recherché	64. Reflexe de succion	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Non recherché
65. Reflexe d'agrippement (grasping)	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Non recherché		
66. Convulsions (focale ou générale)	<input type="checkbox"/> Généralisées <input type="checkbox"/> Focalisées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
67. Paralysie	<input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Ascendante <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
68. Hypotonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
69. Raideur ou spasticité ou majoration du tonus musculaire des membres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
70. Contractures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
71. Arthrogyposis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
72. Autres signes neurologiques*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	
73. Autres mouvements anormaux (ex. mouvements athétosiques)*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, décrire :	

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

74. Œdème	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, indiquer la(les) localisation(s) :	
75. Eruption	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
77. Eruption érythémateuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
78. Eruption « NON BLANCHING »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
79. Eruption vésiculeuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
80. Erythème migrant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
81. Eruption pétéchiale ou purpurique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
82. Contusions/Ecchymoses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Centrifuge	<input type="checkbox"/> Centripète
83. Autre type d'éruption, préciser	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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-Doppler crânien	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Non réalisé		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
85. Autre, préciser le test d'examen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre, préciser le test d'examen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre, préciser le test d'examen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre, préciser le test d'examen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

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__		<input type="checkbox"/> Voie IV <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-rectale
			___/___/20__		<input type="checkbox"/> Voie IV <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-rectale
			___/___/20__		<input type="checkbox"/> Voie IV <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-rectale
			___/___/20__		<input type="checkbox"/> Voie IV <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-rectale
			___/___/20__		<input type="checkbox"/> Voie IV <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-rectale

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

8) TRAVAIL ET ACOUCHEMENT

87. Début du travail <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Provoqué <input type="checkbox"/> Pas de travail <input type="checkbox"/> Ne sait pas		88. Rupture prématurée de la poche des eaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		89. Lieu d'accouchement <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Centre de soins <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
90. Modalités d'accouchement		<input type="checkbox"/> Voie basse, sans assistance <input type="checkbox"/> Voie basse, assistée (ex. forceps, aspiration) <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		92. Incompatibilité fœto-maternelle (anti-Rhésus ou anti-Kell)	
93. Placenta praevia		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		94. Cholestase intra-hépatique de la grossesse	
95. Mort fœtale		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		96. Grossesse prolongée/post-terme (>42 semaines)	
97. Hypertension de grossesse		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		98. VIH ou SIDA	
99. Pré-éclampsie		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		100. Infection de l'appareil génital ou maladie sexuellement transmissible	
101. Pré-éclampsie sévère/éclampsie/HELLP		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		102. Infection nécessitant des antibiotiques ou des antiviraux	
103. Présentation par le siège		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		104. Accident/traumatisme maternel	
105. Souffrance fœtale (Rythme cardiaque fœtale ou score biophysique de Manning anormaux)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		106. Interruption de grossesse	
107. Diminution des mouvements fœtaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		108. Antécédent de césarienne	
109. Echec de progression dans la filière pelvienne		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		110. Décompensation d'une pathologie chronique préexistante	
111. Disproportion fœto-pelvienne		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, préciser :	
112. Rupture prématurée et prolongée de la poche des eaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		113. Autres motif de césarienne lié à la mère :	
114. Rupture utérine		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, préciser :	
115. Hématome rétroplacentaire		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		116. Autres motif de césarienne lié à la mère :	
117. Suspicion de retard de croissance intra-utérin		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

121. Autres anomalies placentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser :
Complications au cours de l'accouchement		
122. Hémorragie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, indiquer les résultats :
123. Chorioamniotite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, indiquer les résultats :
124. Hypoxémie fœtale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser les examens réalisés :
125. Prélèvement du sang fœtal du cuir chevelu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, indiquer les résultats :
126. Anomalies cardiotocographiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser :
127. Autres complications	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser/décrire :
Complications du post-partum		
128. Complications du post-partum (y compris hémorragiques)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, merci de préciser :
129. Hypoglycémie néonatale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Merci de préciser la valeur de la glycémie correspondante (si plusieurs mesures ont été effectuées, indiquée la valeur la plus basse): <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> mg/dL <input type="checkbox"/> mmmol/L

9) ADMISSION DU NOUVEAU-NE A L'HOPITAL

130. Le nouveau-né a-t-il été admis à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
136. Le nouveau-né a-t-il été admis en soins intensifs (Soins intensifs, réanimation, réanimation néonatale, réanimation pédiatrique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Si oui, merci de préciser la fiche concernant le module Soins Intensifs du Nouveau-Né du Cahier d'observation Virus Zika			

(2) NOUVEAU-NÉ: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR (NNDID)

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

10) DIAGNOSTICS ET DEVENIR DU NOUVEAU-NE : 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	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
138. Virus de la dengue	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
139. Virus de la fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
140. Virus West Nile	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
141. Virus chikungunya	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
142. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
143. Rubéole	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
144. Cytomégalovirus	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
145. Herpès simplex virus	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée	

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

	<input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
146. Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection congénitale confirmée <input type="checkbox"/> Infection congénitale probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	

11) EVOLUTION ET DEVENIR FINAL DU NOUVEAU-NE

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	<input type="checkbox"/> Sortie/retour au domicile sans malformation ni séquelle <input type="checkbox"/> Sortie/retour au domicile avec séquelles neurologiques (ex. convulsions, rigidité, hypotonie, mouvements anormaux) <input type="checkbox"/> Sortie/retour au domicile avec malformation congénitale <input type="checkbox"/> Décès prénatal <input type="checkbox"/> Décès au cours de l'accouchement
149. Microcéphalie (telle que définie dans les critères d'inclusion de l'étude) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 :	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Diagnostiques finaux	
152. Infection à Virus Zika du nouveau-né : <input type="checkbox"/> Confirmée <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Non recherchée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
153. Diagnostic confirmé par : <input type="checkbox"/> Confirmation par l'analyse effectuée au laboratoire local de l'hôpital <input type="checkbox"/> Confirmation par un laboratoire national de référence <input type="checkbox"/> Autre mode de confirmation, préciser :	
154. Certitude du diagnostic au regard de la définition des cas : <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> 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___	

Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

156. Une autopsie a-t-elle 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 ETE REMPLI PAR :

Nom :		Fonction :	
Signature		Date (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___