Hypoglycémie chez les nouveau-nés à terme à faible risque (HGN)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par le personnel du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DE L'HYPOGLYCÉMIE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS À TERME À FAIBLE RISQUE

Déclarer tout nouveau-né autrement en santé de moins de 96 heures (quatre jours) ayant **toutes** les caractéristiques suivantes :

- Gestation à terme : 37 à 42 semaines
- Poids à la naissance : 2 500 grammes à 3 999 grammes
- Hypoglycémie, définie par une concentration de glucose de moins de 2,0 mmol/L dans le sang entier ou dans le sérum
- Hypoglycémie traitée à l'aide de dextrose IV

Critères d'exclusion

Les nouveau-nés chez qui on surveille l'hypoglycémie en raison de facteurs de risque connus, soit le diabète de la mère (gestationnel ou prégestationnel), un retard de croissance, une macrosomie ou une maladie néonatale grave

Mois de la première consultation : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

A. Nourrisson

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Heure du jour : __ __ h __ __

1.3 Sexe : Masculin___ Féminin___

B. Mère du nourrisson

1.4 Lieu de résidence (province ou territoire) : _____

1.5 Ethnie : Arabe ___ Noire ___ Chinoise ___ Philippine ___ Japonaise ___ Coréenne ___
Latino-Américaine ___ Sud-Asiatique (p. ex. : bangladaise, pendjabie, sri-lankaise) ___
Asiatique du Sud-Est (p. ex. : vietnamienne, cambodgienne, malaisienne, laotienne) ___
Asiatique occidentale (p. ex. : afghane, assyrienne, iranienne) ___ Blanche ___ Première nation ___
Inuite ___ Métisse ___ Autre (précisez) _____ Inconnue ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	Oui	Non	Inconnu
2.1 Parent du premier degré atteint du diabète de type II?	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez le lien avec l'enfant : _____			
2.2 Hypoglycémie néonatale chez un frère ou une sœur?	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez-en la cause, si elle est connue : _____			
2.3 Un frère ou une sœur qui a des convulsions ou un retard du développement?	___	___	___
Dans l'affirmative, détaillez : _____			
_____			

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU NOURRISON

3.1 Unique___ Jumeau___

3.2 Âge gestationnel à l'accouchement : _____ semaines

3.3 Type d'accouchement : Vaginal ___ Césarienne non urgente ___ Césarienne urgente ___

	Oui	Non	Inconnu
3.4 Présence de méconium à l'accouchement?	___	___	___
3.5 Besoin de réanimation?	___	___	___

Dans l'affirmative, précisez l'indice d'APGAR à 1 minute_____ 5 minutes_____ 10 minutes_____

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU NOURRISSON (suite) **Oui Non Inconnu**

3.6 VPP >2 min ou intubation ___ ___ ___

3.7 Gaz du cordon, s'ils sont disponibles :
Veine de cordon : pH _____ $pC0_2$ _____ bicarb _____ déficit basal_____
Artère de cordon : pH _____ $pC0_2$ _____ bicarb _____ déficit basal_____

3.8 Poids à la naissance : _____ g

3.9 Taille : _____ cm

3.10 Circonférence crânienne : _____ cm

3.11 Alimentation : Allaitement___ Biberon___ Mixte___

3.12 Problèmes d'alimentation avant l'apparition de l'hypoglycémie? ___ ___ ___
Dans l'affirmative, précisez, dans la mesure du possible : _____
_____

3.13 Température inférieure à 36,5 ºC dans les 24 heures précédant l'hypoglycémie? ___ ___ ___
Dans l'affirmative, précisez la température la plus basse enregistrée : _____ ºC axillaire / rectale (encerclez une réponse)

3.14 A-t-on mesuré la glycémie du nourrisson plus tôt dans sa vie? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, précisez pourquoi : _____

3.15 Qu'est-ce qui a suscité la mesure de la glycémie au moment du diagnostic d'hypoglycémie? _____

3.16 Date de l'hypoglycémie: ____ /____ /_____ Heure du jour : __ __ h __ __
JJ MM AAAA

3.17 Au moment de l'hypoglycémie – Poids : _____ g Température : _____ ºC Hydratation normale ___ Déshydratation ___

3.18 Signes et symptômes au moment de l'hypoglycémie (**cochez toutes les réponses applicables**) :
agitation___ convulsion___ apnée___ cyanose___ léthargie___ mauvaise succion ___ hypotonie___
hypertonie___ pleurs anormaux ___ sursaut exagéré ___ autre, précisez : _____

3.19 Lieu de l'accouchement : Hôpital___ Maison___ Maison des naissances ___

3.20 D'où venait le nourrisson? Nourrisson déjà à la pouponnière de soins spéciaux ou à l'USIN pour d'autres raisons ___
Transféré d'une unité postnatale de l'hôpital ___ Transféré d'un autre hôpital ___
Transféré d'une maison des naissances ___ Hospitalisé de la maison ___

SECTION 4 – DONNÉES DE LABORATOIRE ET RÉSULTATS D'IMAGERIE DU NOURRISSON

4.1 Glycémie qui a suscité l'administration de dextrose IV : _____

4.2 Glycémie la plus basse (si plus basse qu'à la présentation) : _____

4.3 Examens effectués (**cochez toutes les réponses applicables**) :
EEG ___ Potentiel évoqué visuel ___ EEG somatosensoriel ___
Imagerie cérébrale, s'il y a lieu : Échographie ___ Tomodensitométrie ___ IRM ___ TEP ___
Sommaire des résultats : _____
_____
_____

SECTION 5 – TRAITEMENT, AUTRES TESTS ET RÉSULTATS CLINIQUES

5.1 Qu'est-ce qui a suscité l'administration de dextrose IV dans ce contexte (**cochez toutes les réponses applicables**)?
Glycémie sérique inquiétante ____
Signes ou symptômes inquiétants ____
Stratégies infructueuses pour normaliser la glycémie dans les heures précédentes ____
Autre raison, précisez : _____
_____

Oui Non

5.2 Le nourrisson a-t-il reçu un bolus initial de dextrose? ___ ___
Précisez la durée de l'infusion subséquente de dextrose IV : _____ jours _____ h
Délai entre le début de l'IV et l'atteinte d'une glycémie ≥2,0 dans le sang entier ou le sérum : _____ h
Délai entre le début de l'IV et la stabilisation (2 valeurs de glycémie consécutives >2,6) : _____ h

5.3 Après l'épisode d'hypoglycémie, le nourrisson a-t-il subi un bilan pour qu'on en découvre la cause sous-jacente? ___ ___

SECTION 5 – TRAITEMENT, AUTRES TESTS ET RÉSULTATS CLINIQUES (suite)

		Oui	Non
5.4	A-t-on découvert que le nourrisson avait un diagnostic sous-jacent ou un facteur aggravant?	___	___
	Trouble endocrinien?	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____		
	Trouble métabolique?	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____		
	Polycythémie?	___	___
	Dans l'affirmative, quel était le taux d'hématocrites le plus élevé? _____		
	Autre maladie sous-jacente ou trouble aggravant?	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____		

5.5 État au moment du congé (**cochez toutes les réponses applicables**) :

Bébé en santé sans problèmes courants ou anticipés ___ Pronostic réservé ___ Pronostic incertain ___

Crainte de trouble d'audition ___ Crainte de trouble de vision ___ Hypertonie ___ Hypotonie ____

Convulsions ___ Trouble de l'alimentation ____; dans l'affirmative, un *certain* gavage ___ un gavage *exclusif* ___

SECTION 6 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA MÈRE

6.1 Âge à l'accouchement (en années) : _____

6.2 Gravida _____ Para _____

6.3 Taille : _____ cm Poids avant la grossesse : _____ kg IMC avant la grossesse : _____

6.4 Poids disponible le plus récent : _____ kg Date : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

6.5 Poids à 28 semaines de grossesse, s'il est connu : _____ kg

		Oui	Non	Inconnu
6.6	Épreuve de tolérance au glucose?	___	___	___
	Dans l'affirmative, charge de glucose, si elle est connue : _____ g			
	À jeun : _____ mmol/L Glycémie au bout d'1 h : _____ mmol/L Glycémie au bout de 2 h : _____ mmol/L			
	Résultats : Normal ____ Anormal ____			
6.7	Hypertension chronique avant la grossesse?	___	___	___
6.8	Apparition d'hypertension pendant la grossesse?	___	___	___
6.9	Prééclampsie (toxémie gravidique)?	___	___	___
6.10	Hémolyse, élévation des enzymes hépatiques, numération plaquettaire faible (HELLP)?	___	___	___
6.11	Inquiétudes anténatales quant à la croissance, mais RCIU non présumé chez le nouveau-né?	___	___	___

6.12 Médicaments pendant la grossesse (**cochez toutes les réponses applicables**) :

B-bloquants___ metformine___ bétaméthasone___ dexaméthasone___ prednisone___ méthylprednisolone___

antibiotique___ sulfate de magnésium ___ Autres médicaments : _____

6.13 Poids du placenta, s'il est connu : _____ g

___ **J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.