

SECTION 2 – INFORMATION AU SUJET DE LA NAISSANCE

2.1 Mère — Âge : _____ ans Rang : Gravida ___ Para ___ Aborta ___

2.2 Nouveau-né — Âge gestationnel : _____ semaines
 Poids de naissance : _____ grammes Taille : _____ cm Circonférence crânienne : _____ cm

2.3 Signes et symptômes cliniques :

	Non	Oui	Inconnu
2.3.1 Retard de croissance intra-utérine (petit poids pour l'âge gestationnel)	___	___	___
2.3.2 Microcéphalie	___	___	___
2.3.3 Jaunisse	___	___	___
2.3.4 Hépatomégalie	___	___	___
2.3.5 Splénomégalie	___	___	___
2.3.6 Éruption	___	___	___
2.3.7 Anomalies congénitales	___	___	___

Dans l'affirmative, précisez : _____

SECTION 3 – EXAMENS INITIAUX

3.1 Raison du test de dépistage de CMV du nouveau-né :

3.1.1 Mère diagnostiquée pendant la grossesse _____

3.1.2 Retard de croissance intra-utérine _____

3.1.3 Autre raison (précisez) : _____

3.2 Analyses sanguines pendant la première semaine de vie :

	Non	Oui	Non effectuée	Inconnu
3.2.1 HgB < 120 g/dL – anémie	___	___	___	___
3.2.2 Plaquettes < 100 000 – thrombocytopénie	___	___	___	___
3.2.3 Bilirubine totale > 200 µmol/L – jaunisse	___	___	___	___
3.2.4 ALT ou AST deux fois supérieure à la normale – hépatite	___	___	___	___

3.3 CMV confirmée par :

	Pos.	Nég.	Non effectué	Inconnu	Date 1 ^{er} rés. positif JJ / MM / AAAA
3.3.1 Culture virale : Gorge	___	___	___	___	___ / ___ / ___
Urine	___	___	___	___	___ / ___ / ___
Sang	___	___	___	___	___ / ___ / ___
LCR	___	___	___	___	___ / ___ / ___
3.3.2 Sérologie : CMV-IgM	___	___	___	___	___ / ___ / ___
3.3.3 Réaction en chaîne de la polymérase : CMV-PCR					
Gorge	___	___	___	___	___ / ___ / ___
Urine	___	___	___	___	___ / ___ / ___
Sang	___	___	___	___	___ / ___ / ___
LCR	___	___	___	___	___ / ___ / ___

3.4 Autres examens :

	Effectué	Non effectué	Normal	Anormal	Résultats
3.4.1 Échographie transfontanelle	___	___	___	___	_____
3.4.2 Tomodensitométrie crânienne	___	___	___	___	_____
3.4.3 Évaluation audiologique	___	___	___	___	_____
3.4.4 Ophtalmologie	___	___	___	___	_____

SECTION 4 – PRISE EN CHARGE

- 4.1 Rapport de santé publique : Effectué ___ Non effectué ___ Inconnu ___
S'il a été effectué, précisez par qui : vous ___ quelqu'un d'autre ___
- 4.2 Antivirothérapie : Non ___ Oui ___ Dans l'affirmative, précisez le médicament : _____
- 4.3 Séjour à l'hôpital : Nombre total de jours _____ Jours aux soins intensifs : _____

SECTION 5 – ISSUE

- 5.1 Enfant toujours hospitalisé : Non ___ Oui ___ Inconnu ___
- 5.2 Enfant transféré dans un autre établissement : Non ___ Oui ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, précisez : _____
- 5.3 Enfant a eu son congé à domicile : Non ___ Oui ___ Inconnu ___
- 5.4 L'enfant est décédé : Non ___ Oui ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, age au décès : _____ (semaines / mois)
Cause du décès : _____
- 5.5 Perdu au suivi _____

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(CMV 2005-03)