



**SECTION 2 – FACTEURS LIÉS À LA MÈRE PRÉDISPOSANT À DES INFECTIONS DU NOUVEAU-NÉ (suite)**

- |  | Oui | Non | Inconnu |
|--|-----|-----|---------|
| 2.4 Rupture prolongée et prématurée des membranes                                      | ___ | ___ | ___     |
| Dans l'affirmative, précisez l'âge gestationnel au moment de la rupture : ___ semaines |     |     |         |
| 2.5 Température élevée de la mère > 38 °C (après le début du travail)                  | ___ | ___ | ___     |
| 2.6 Leucocytose chez la mère (globules blancs >10 000; après le début du travail)      | ___ | ___ | ___     |
| 2.7 Diagnostic clinique de chorioamnionite   | ___ | ___ | ___     |
| 2.8 Antibiotiques de la mère (administration d'une prophylaxie du SGB) s.o. ___        | ___ | ___ | ___     |
| Dans l'affirmative, précisez : Type d'antibiotique _____ Durée : _____                 |     |     |         |

**SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

- 3.1 Décès néonatal(s) d'un membre précédent de la fratrie \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
 Dans l'affirmative, précisez la raison : \_\_\_\_\_
- 3.2 Septicémie néonatale d'un membre précédent de la fratrie \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
 Dans l'affirmative, précisez le type : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- 4.1 Âge gestationnel à la naissance : \_\_\_ semaines terminées
- 4.2 Type d'accouchement : Vaginal \_\_\_ Instrumental – Forceps \_\_\_ Ventouse \_\_\_ Césarienne \_\_\_
- 4.3 Indice d'Apgar à 1 minute \_\_\_ 5 minutes \_\_\_ 10 minutes \_\_\_
- 4.4 Poids de naissance : \_\_\_ grammes Longueur : \_\_\_ cm Circonférence crânienne : \_\_\_ cm
- 4.5 Date de présentation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Âge à la présentation : \_\_\_ heures (si < 24) ou \_\_\_ jours  
 JJ MM AAAA
- 4.6 Date de la réhospitalisation, s'il y a lieu : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 JJ MM AAAA
- Poids à la réhospitalisation : \_\_\_ grammes
- Mode d'alimentation : Allaitement \_\_\_ Préparation lactée \_\_\_ Aucune ingestion par la bouche \_\_\_
- 4.7 Signes cliniques de septicémie :

	Oui	Non	Inconnu		Oui	Non	Inconnu
Léthargie				Hypotonie			
Jaunisse				Hypertonie			
CID*				Choc			
Hyperthermie/ hypothermie				Hypoperfusion			
Convulsions				Neutropénie			
Apnée				Neutrophilie			
Intolérance alimentaire				Thrombocytopénie			

\* Coagulation intravasculaire disséminée

- 4.8 Anomalies congénitales : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
 Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_
- 4.9 Intervention chirurgicale ou autre intervention effractive avant la septicémie : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
 Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_
- 4.10 Le nourrisson avait-il un cathéter central (cathéter central inséré par voie périphérique, cathéter ombilical, cathéter veineux central) avant l'infection : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_

**SECTION 5 – EXAMENS DE LABORATOIRE**

5.1 Cochez toutes les réponses applicables. Si le rapport de microbiologie anonymisé est joint, il n'est pas nécessaire de remplir le tableau.

Culture	Date de prélèvement JJ / MM / AAAA	Date du premier résultat positif déclaré JJ / MM / AAAA	Organisme(s)	Antibiorésistance	
				Oui	Non
Sang 1	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____		___	___
				(dans l'affirmative, précisez)	
Sang 2	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____		___	___
				(dans l'affirmative, précisez)	
LCR	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____		___	___
				(dans l'affirmative, précisez)	
Urine	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____		___	___
				(dans l'affirmative, précisez)	
Autre	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____		___	___
				(dans l'affirmative, précisez)	

5.2 Formule sanguine à la présentation : Hémoglobine \_\_\_\_\_ Hématocrite \_\_\_\_\_  
 Décompte des globules blancs \_\_\_\_\_ Neutrophiles totaux \_\_\_\_\_ Plaquettes \_\_\_\_\_  
 Frottis \_\_\_\_\_  
 Les résultats correspondent-ils à la coagulation intravasculaire disséminée (CID)? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

5.3 Biochimie au moment de la présentation :

Sodium sérique \_\_\_\_\_ Azote uréique du sang \_\_\_\_\_ Créatinine \_\_\_\_\_  
 Bilirubine \_\_\_\_\_ µmol/L Bilirubine conjuguée \_\_\_\_\_ µmol/L Bilirubine non conjuguée \_\_\_\_\_ µmol/L

**SECTION 6 – TRAITEMENT ET ISSUE**

	Oui	Non	Inconnu
6.1 Transfusion	___	___	___
6.2 Intubation	___	___	___
6.3 Ionotropes	___	___	___
6.4 Convulsions	___	___	___
6.5 Toujours hospitalisé	___	___	___
Dans l'affirmative, durée totale d'hospitalisation : _____ jours/semaines			
6.6 Congé à domicile	___	___	___
6.7 Décès	___	___	___
Dans l'affirmative, l'infection en était-elle responsable? ___			
6.8 État neurologique au congé : Normal ___ Inconnu ___			
Perte auditive ___ Perte de la vision ___ Atteinte motrice ___ Convulsions ___			

\_\_\_ J'accepte qu'on communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

\_\_\_ Je préfère qu'on 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.**