

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.