

DOSSIER D'INCLUSION DE L'ENFANT

Document à fournir: Extrait d'acte de naissance



IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM:

Prénom (premier prénom uniquement):

Date de naissance: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Terme: |_|_|+|_| Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

Motif Inclusion: ☐ Prématuré < 33 SA

☐ EAI (Encéphalopathie anoxo-ischémique ayant une indication d'hypothermie thérapeutique)

☐ AVC périnatal y compris chez le prématuré

☐ Malformations cérébrales ou cérébelleuses *de pronostic indéterminé* (agénésie ou dysgénésie du corps calleux, ventriculomégalie > 15 mm, malformations kystiques de la fosse postérieure) ou anomalies de la croissance cérébrale sévère

☐ Prématuré < 36 SA PAG ou RCIU sévère < 3ème percentile

☐ Infection congénitale *symptomatique* à CMV, toxoplasmose, Zika, rubéole

☐ Méningo-encéphalites bactériennes et virales herpétiques

☐ Cardiopathies congénitales complexes *opérées* (TGV, syndrome d'hypoplasie du VG)

☐ Une chirurgie *majeure* prolongée et *répétée* (cardiaque, cérébrale, abdominale, thoracique)

☐ Exposition prénatale à l'alcool

☐ Exposition prénatale à l'alcool aux drogues

☐ Exposition prénatale aux métaux lourds

☐ Autres :

ADRESSE DE L'ENFANT

Numéro et nom de la voie:

Code Postal et VILLE:

Téléphone mère: Téléphone Père:

Téléphone fixe domicile:

IDENTIFICATION MEDECIN PILOTE

NOM du Médecin Pilote choisi:

Adresse:

Téléphone:

Préciser si le médecin pilote est : ☐ Hospitalier ☐ Libéral ☐ PMI ☐ CAMSP ☐ AUTRE:

NOM Médecin référent hospitalier:

NOM Médecin traitant:

NOM Médecin PMI:

NOM ET FONCTION (autre professionnel):

CONSENTEMENT DES PARENTS



Suivi et prise en charge des nouveau-nés vulnérables en Guyane

Le réseau de suivi des enfants vulnérables propose des consultations spécifiques pour les enfants nés à risque (grande prématurité, pathologie néonatale), selon un calendrier prédéfini jusqu'à l'âge de 7 ans. Ce suivi est assuré par un médecin pilote adhérent, formé par le réseau, et sur accord de la famille. En cas de besoin, le médecin pilote peut orienter votre enfant vers des soins adaptés et personnalisés et vous accompagner sur le plan psycho-social. Pour ce faire, divers professionnels peuvent intervenir à la demande du médecin pilote: psychomotriciens, kinésithérapeutes, médecins spécialistes, psychologues, etc. Le réseau garantit la qualité du suivi à tous les adhérents dans un souci d'égalité et de facilitation d'accès aux soins. Il s'engage à respecter la vie privée en assurant la confidentialité des informations médicales, sociales et personnelles.

CHARTRE DU PATIENT

Je soussigné(e)

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal

De, Nom Prénom de l'enfant

Né(e) le ____/____/____

Déclare avoir été informé (e) de l'existence et du fonctionnement du Réseau Suivi Enfant Vulnérable Guyane et souhaite y adhérer.

- J'accepte que mon enfant soit suivi par les professionnels de santé du Réseau selon un calendrier prédéfini et m'engage à honorer les rendez-vous. Pour tout rendez-vous non annulé chez le psychomotricien 24h avant la date prévue du rendez-vous, je suis informé qu'une :
 - Facture de 140€ pour un bilan psychomoteur pourra m'être adressée,
 - Facture de 35€ pour une consultation de suivi pourra m'être adressée,
- J'accepte que les informations médicales concernant mon enfant soient accessibles aux professionnels du Réseau qui s'occupent de lui (notamment par le biais du dossier médical mis en place par le Réseau),
- J'autorise la coordination du réseau à utiliser de façon anonyme les données concernant mon enfant pour des études de recherche et pour l'évaluation de la politique de santé périnatale de l'Agence Régionale de Santé de Guyane (et nationale) visant à améliorer la qualité de vie et le devenir des enfants nés vulnérables,
- Je reste libre du choix du médecin qui se chargera du suivi médical habituel de mon enfant et du médecin pilote du Réseau qui effectuera les bilans de développement approfondis,
- Je dispose d'un droit d'accès au dossier médical de mon enfant (Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) par l'intermédiaire de mon médecin pilote ou par simple demande écrite auprès de la coordination du Réseau,
- Tout au long de la prise en charge de mon enfant, je suis libre de formuler toutes les observations souhaitées sur son suivi médical, psychologique et social,
- J'autorise le Réseau SEV Guyane à utiliser mon adresse mail à des fins concernant uniquement le suivi médical de mon enfant : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, adresse mail à utiliser@.....
- J'autorise le Réseau SEV Guyane à m'adresser des SMS uniquement dans le cadre médical de rappel de consultations de mon enfant :
☐ Oui ☐ Non
Si oui, numéro téléphone portable :
- Je dois informer le Réseau en cas de déménagement, de changement de coordonnées téléphoniques ou mail.
- Je suis libre de quitter le Réseau à tout moment en informant la coordination du Réseau.

Je signe le présent formulaire en témoignage de mon consentement libre et éclairé.

Fait à Le / /

Signature du/des parent(s) ou tuteur légal

Nom, prénom et signature du médecin ayant délivré les informations :

DONNEES GENERALES

COUVERTURE SOCIALE

Prise en charge à 100% ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Ne sais pas ☐ Demande faite le ____/____/____

Allocation journalière de présence parentale ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Ne sais pas
☐ Demande faite le ____/____/____

AEEH ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Ne sais pas ☐ Demande faite le ____/____/____

CMU ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Ne sais pas ☐ Demande faite le ____/____/____

AME ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Ne sais pas ☐ Demande faite le ____/____/____

☐ Autre, précisez :

.....

.....

.....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

CADRE DE VIE

Facilité de déplacement : ☐ OUI ☐ NON

Mode(s) de transport :

☐ Voiture ☐ Transport en commun ☐ Motocycle ☐ Aucun

Commodités au domicile:

☐ Eau potable ☐ électricité ☐ réfrigérateur ☐ congélateur

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

DONNEES GENERALES

DONNEES GENERALES

Rattrapage inclusion :

☐ Oui

☐ Non

MERE: Nom naissance de la mère:

Prénom de la mère (le premier prénom seulement):

Nom d'usage :

Date de naissance: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Age: Langue parlée:

Situation matrimoniale de la mère: ☐ Vit en couple ☐ Vit seule

PÈRE: Nom du père :

Prénom du père (le premier prénom seulement):

Date de naissance: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Langue parlée:

FOYER: Ressources économiques du foyer (ressource principale):

	Niveau d'études et / ou diplôme					
<i>Cocher la réponse</i>	Non scolarisé	Primaire	Collège	CAP, BEP, Lycée	BAC	Supérieur
MERE						
PERE						
	Profession					
<i>Cocher la réponse</i>	Agriculteur exploitant	Profession intermédiaire	Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	Employée	Ouvrier	Cadre ou profession intellectuelle supérieure
MERE						
PERE						
	Situation professionnelle					
<i>Cocher la réponse</i>	En activité	Élève, étudiante ou en formation	Au foyer / Congés parental	Chômage	Autre inactif	Dernière activité exercée Précisez:
MERE						
PERE						

☐ Revenus du travail d'un parent au moins

☐ Autre:

☐ Allocations

☐ Aucune

FRATRIE: Nombre d'enfant:

âge des enfants au foyer :

MODE DE GARDE: structure familiale:

☐ Père ou Mère au foyer

☐ Congé parental

☐ Assistante maternelle ou nourrice

☐ Autre personne à domicile ou accueil à domicile d'un proche

☐ Crèche collective

☐ Ne sais pas

☐ Autre:

DONNEES DE NAISSANCE



CONTEXTE OBSTETRICAL

Date de naissance: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age Réel:

LIEU DE NAISSANCE

☐ CHU Site Cayenne ☐ CHU Site Kourou ☐ CHU Site SLM
☐ CDPS ☐ Domicile ☐ Autre:

TERME DE NAISSANCE:

|_|_| SA + |_|_| JOUR(S)

Date de naissance théorique: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

PMA : ☐ Oui ☐ Non Pathologie Surajoutée : ☐ Oui ☐ Non

ACCOUCHEMENT

Type d'accouchement : ☐ Voie basse ☐ Voie basse instrumentale ☐ Césarienne

APGAR :

APGAR M1: |_|_| /10 APGAR M5: |_|_| /10 APGAR M10: |_|_| /10

Réanimation en salle de naissance : ☐ Oui ☐ Non

MESURE A LA NAISSANCE

Poids de naissance |_|_|_|_| Grammes

Percentile Poids:

Taille: |_|_|_| Cm

Percentile Taille:

PC: |_|_|_| Cm

Percentile PC:

CONTEXTE DE NAISSANCE :

.....
.....
.....

FACTEURS PERINATAUX:

Corticoïdes anténatals : ☐ Oui ☐ Non

Prématurité induite : ☐ Oui ☐ Non

Chorioamniotite : ☐ Oui ☐ Non

DONNEES DE NAISSANCE

HISTOIRE NEONATALE (Faits marquants:

.....

.....

.....

.....

.....

Intervention chirurgicale : ☐ Oui ☐ Non

DEPISTAGE SENSORIEL : FO

☐ Fait ☐ Non fait ☐ Non indiquées

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

DEPISTAGE SENSORIEL : Auditif

☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

EXPLORATION NEUROLOGIQUE (EFT / EEG / IRM)

Bas risque: ☐ Oui ☐ Non

☐ EFT Normal ☐ IRM Normal ☐ Hémorragie sous-épendymaire ☐ Kyste sous-épendymaire

☐ Hémorragie intra-ventriculaire grade 2 non compliquée

☐ Zone hyperéchogènes périventriculaires homogènes et transitoires

☐ Elargissements des espaces péri-cérébraux du grand prématuré

Risque modéré: ☐ Oui ☐ Non

☐ Hémorragie intra-ventriculaire grade 3 non compliquée ☐ Gliose à l'IRM ☐ Anomalie inhabituelle

☐ Zone hyperéchogènes hétérogènes ou prolongées > 3 semaines

☐ Dilatation ventriculaire persistante à terme

☐ Lésions focales du nouveau-né à terme (ex AVC)

DONNEES DE NAISSANCE

Haut risque: ☐ Oui ☐ Non

☐ Hydrocéphalie ☐ Hémorragie intra-ventriculaire grade 4 ou infarctus veineux

☐ Leucomalacie cavitaire

☐ Lésions bilatérales diffuses ou multifocales ischémiques ou autres

☐ Anomalies EEG sévères ou prolongées

Conclusion des examens neurologiques:

☐ Normaux ou sans impact prévisibles ☐ Anomalies à risque modéré ☐ Anomalies à risque élevé ☐ Non faits

Précisions sur les explorations neurologiques :

.....

.....

.....

.....

Dysplasie broncho-pulmonaire à 36 SA (Oxygénodépendance) ☐ Oui ☐ Non

Corticothérapie systématique ☐ Oui ☐ Non

Inhalée ☐ Oui ☐ Non

Indication du SYNAGYS®(Palivizumab) ☐ Oui ☐ Non

Réhospitalisation pour vaccin à prévoir ☐ Oui ☐ Non

Vaccination à 2 mois en externe possible ☐ Oui ☐ Non

IRM Cérébral ☐ Oui ☐ Non

Infection précoce (SINBT) ☐ Oui ☐ Non

Infection tardive confirmée (SINBT) ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENTS

Hypothermie contrôlée ☐ Réalisée, non conforme ☐ Réalisée, conforme

Traitement par amines ☐ Oui ☐ Non

Traitement par NO ☐ Oui ☐ Non

Traitement par anticonvulsivant ☐ Oui ☐ Non

RENDEZ-VOUS OU EXAMENS PROGRAMMES :Contrôle ophtalmologique nécessaire ☐ Oui ☐ NonContrôle auditif nécessaire ☐ Oui ☐ Non

IRM programmée le : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_| Avec Docteur.....

AUTRES RENDEZ-VOUS PROGRAMMES :

Le : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_| Avec Docteur.....

INFORMATION DE SORTIE

Âge conceptuel à la date des mensuration : Semaines et Jours

Poids : grammes ☐ Sore 1 (p10<p90) ☐ Sore 2 (p3<p10) ☐ Sore 3 (<p3ou≥p90)Poids : Cm ☐ Sore 1 (p10<p90) ☐ Sore 2 (p3<p10) ☐ Sore 3 (<p3ou≥p90)PC: Cm ☐ Sore 1 (p10<p90) ☐ Sore 2 (p3<p10) ☐ Sore 3 (<p3ou≥p90)**Commentaires :**

.....

.....

.....

.....

SORTIE :

Date de sortie définitive : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Lieux d'hospitalisation avant la sortie ☐ CHU Site Cayenne ☐ CHU Site Kourou ☐ CHU Site SLM☐ CDPS ☐ Domicile ☐ Autre :

Âge conceptuel à la sortie: Semaines et Jours

Lieux de sortie: ☐ Domicile ☐ Domicile avec HAD ☐ ASE ☐ Autre :Allaitement maternel à la sortie: ☐ Exclusif ☐ Mixte ☐ ArtificielEnfant inclus dans une autre structure : ☐ Oui ☐ NonEnfant ayant un autre suivi : ☐ Oui ☐ Non**CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER :**

.....

.....

.....

.....

Fait le : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_| Par Docteur.....

Réseau Périnatal Guyane6, Rue des Cèdres
97354 Rémire-Montjoly