



Document à retourner au RPSOF-ASNR
ZAC des Godets – 1-4 Impasse de la Noisette
Bâtiment A – Hall A2
91370 VERRIERES-LE-BUISSON
@ : secretariat@rpsof-asnr.fr

DONNÉES GÉNÉRALES À L'INCLUSION

Et partenaires de suivi

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

- *Nom
- *Prénom (premier prénom exclusivement) :
- *Date de naissance: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
- *Sexe : masculin féminin

*ADRESSE DE L'ENFANT

- Chez
- Numéro de la voie et nom de la voie :
- Boite aux lettres :
- *Code postal : *Ville :
- Pays :
- Tél. fixe domicile :
- *Tél. portable de la mère : Tel portable du père :
- Tél. bureau :
- Tél. autre contact (Grands-parents, personne de confiance...)
- Adresse mail :

DONNEES GENERALES

*Nom de naissance la mère :

*Prénom de la mère (premier prénom exclusivement) :

*Nom d'usage :

Date de naissance:.....|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Niveau d'études et/ou diplôme de la mère :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non scolarisée | <input type="checkbox"/> CAP, BEP, Lycée (général ou technique) |
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Baccalauréat |
| <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Supérieur |

Profession de la mère :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprises | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Cadre ou profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Ouvrier |

Situation professionnelle de la mère :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> Elève, étudiant ou en formation |
| <input type="checkbox"/> Au foyer/Congé parental | <input type="checkbox"/> Autre inactif |
| <input type="checkbox"/> Chômage | |

Précisez la dernière activité exercée :

Situation matrimoniale de la mère : Vit en couple Vit seule

Nom du père :

Prénom du père (premier prénom exclusivement) :

Profession du conjoint :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprises | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Cadre ou profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Ouvrier |

Situation professionnelle du conjoint :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> Elève, étudiant ou en formation |
| <input type="checkbox"/> Au foyer/Congé parental | <input type="checkbox"/> Autre inactif |
| <input type="checkbox"/> Chômage | |

Précisez la dernière activité exercée :

Ressources économiques du foyer (ressource principale) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Revenus du travail d'un parent au moins | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Allocations | <input type="checkbox"/> Aucune |

Couverture sociale :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> AME |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale + Mutuelle | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> CMU | <input type="checkbox"/> Aucune |

Nombre d'enfants vivant au foyer :

Conditions de logement (du couple ou de la mère) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hébergement en foyer/hôtel social | <input type="checkbox"/> Logement individuel trop exigü pour le nombre de personnes au foyer et/ou sans commodité essentielle (chauffage, électricité, eau...) |
| <input type="checkbox"/> Logement individuel adapté au foyer | |
| <input type="checkbox"/> Hébergement d'urgence | <input type="checkbox"/> Hébergement chez un proche |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

Modification de la structure familiale :

- Fratrie
- Séparation parents
- Deuil familial proche
- Autre

Précisez :

PARTENAIRES DU SUIVI

Médecin référent hospitalier :

Nom :

Prénom :

Spécialité :

N°RPPS :

N°FINESS ET :

Nom de l'établissement :

N° de voie et nom de voie :

CP et ville :

Téléphone :

Adresse mail :

* Médecin pilote :

Nom :

Prénom :

Spécialité :

N°RPPS :

N° de voie et nom de voie :

CP et ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Préciser si le médecin pilote est : libéral hospitalier PMI autre :

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

N°RPPS :

Spécialité :

N° de voie et nom de voie :

CP et ville :

Téléphone :

Adresse mail :

PMI :

Raison sociale :

N°FINESS ET :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Autres (nom, prénom, profession, spécialité, mode d'exercice, adresse, téléphone, mail, mode d'exercice) :

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

FICHE D'INCLUSION RÉSEAU

Centre d'inclusion (centre recueillant la charte signée) :

Nom du Réseau de suivi prévu : • MYPA • NEF • RSPP • RPSOF • RPVM • RPVO

Charte parents signée = inclusion réseau /

Date de signature :

Compléter les données de sortie à la sortie définitive ; saisir ou transmettre dès la sortie au réseau

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom

Prénom (premier prénom exclusivement) :

Date de naissance: | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

Sexe : masculin féminin

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PILOTE

Nom du MEDECIN PILOTE prévu pour le suivi :

MODE DE GARDE ET STRUCTURE FAMILIALE

Mode de garde envisagé pour l'enfant à l'issue du congé de maternité :

- Père ou mère au foyer
- Congé parental
- Autre personne à domicile ou accueil à domicile d'un proche
- Assistante maternelle ou nourrice
- Crèche collective
- Autre
- Ne sais pas

Précisez :

Modification de la structure familiale (décès, séparation...) depuis la naissance (naissance, divorce...) non oui

Si oui précisez : Séparation parents Deuil familial proche Autre :

Nombre d'enfant au foyer avant cette naissance :

CONSOMMATIONS DE PRODUITS OU MÉDICAMENTS PENDANT LA GROSSESSE

Tabac non oui

Cannabis non oui

Alcool non oui

Produits de substitution : non oui

Autres produits toxiques (cocaïne, héroïne,...) : non oui

Si oui, précisez :

Autres médicaments :

DONNÉES DE NAISSANCE

* **Lieu de naissance** : choix dans liste déroulante (réf. table des maternités préétablie avec ligne pour le cas de naissance en dehors d'un établissement ex domicile, voie publique...)

Terme de naissance : |__|__| sem |__| j

Poids de naissance : |__|__| kg |__|__|__| g | |__|__| p AUDIPOG® créateur de la formule

Taille de naissance : |__|__|, |__| cm |__|__| p AUDIPOG® créateur de la formule

Périmètre crânien à la naissance : |__|__|, |__| |__|__| p AUDIPOG® créateur de la formule

* **Naissance** : |__|__|

- 1- Unique
- 2- Gémellaire
- 3- Triple
- 4- Quadruple ou plus

Si gémellaire :

- 2.1- Dichoriale
- 2.2- Monochoriale
- 2.3- Sans précision

* **Lieu d'hospitalisation à la naissance** :

* **Dernier lieu d'hospitalisation avant la sortie** :

* **Date de sortie définitive**: |__|__| |__|__| |__|__|

* **Age post-conceptionnel à la sortie** : |__|__| sem |__| j

* **Lieu de sortie** : domicile domicile avec HAD pouponnière long séjour autre

Si autre, précisez :

* GROUPE DE SUIVI : |__|

1- Prématuré < 33 SA

2 - RCIU (Audipog) 33-36 SA <3ème percentile Ou : PN<1500g et ≥ 33 SA

3 - Encéphalopathie anoxique ou ischémique ≥33 SA (symptômes neurologiques > 24h)

4 - Autre pathologie périnatale susceptible d'altérer le développement /

Co-jumeau d'un patient inclus dans le groupe 2

* **Pathologie surajoutée (fœtopathie/malformation/syndrome génétique)** : non oui

Précisez :

* **PMA** : non oui

Enfant inclus dans un autre réseau : |__|

1- Solipam

2- Dapsa

3-Autre (précisez) :

RESUMÉ DE L'HISTOIRE NÉONATALE

CONTEXTE DE NAISSANCE :

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

Corticoïdes ante natus non oui

Prématurité provoquée non oui

Chorioamniotite non oui

MODE D'ACCOUCHEMENT :|_|

1- voie basse spontanée

2- voie basse instrumentale

3- césarienne

FAITS MARQUANTS DE L'HISTOIRE NEONATALE :

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

Intervention chirurgicale non oui

Si oui, précisez :

.....

INFORMATIONS DE SORTIE ou AU VOISINAGE DE 41 SA

Croissance à la sortie ou proche de 41 semaines si la sortie se fait au-delà de 41 SA (les calculs de percentiles sont impossibles après 41 SA)

* Date des mensurations : / /

Age post-conceptionnel à la date des mensurations : |__| sem |__| j (mettre les mensurations à une date inférieure à 42 SA)

* Poids : |__| kg |__| |__| g

* Taille : |__| |__|, cm |__|

* PC : |__| |__|, |__| cm

* Poids : |__| |__| percentiles

* Taille : |__| |__| percentiles

* PC : |__| |__| percentiles

* Score Poids : |__|

* Score Taille : |__|

* Score PC : |__|

Scores: **1** : [p 10 à < p 90] **2**: [p 3 à < p 10] **3**: < p 3 ou ≥ p 90

AUDIPOG créateur de la formule*

Commentaires :

Allaitement à la sortie :

Non

Oui exclusif

Oui partiel

Non renseigné

PROCHAINS RENDEZ-VOUS ET AUTRES POINTS

RDV réseau de suivi : le / / avec le Dr

Si contrôle auditif nécessaire, RDV : le / / avec le Dr

IRM programmée : le / / avec le Dr

Autres rendez-vous : le avec.....

POINTS A SURVEILLER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

le protocole de suivi standard est jusqu'à 7 ans.

Pour les enfants nés à terme, une sortie de réseau est possible après la visite de 3 ans sur décision médicale.