

Fiche de pré-inclusion A faxer ou à adresser

Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire 3, rue Marguerite Thibert – 44200 NANTES

Fax 02 40 12 40 72 – Mail sécurisé : reseaugrandireensemble@planet-sante.fr – Mail autre : valerie.bureau@chu-nantes.fr

Inclusion : femme présentant ou ayant présenté des signes de COVID (testée ou non, quel que soit le résultat du test), pendant la grossesse ou dans les 42j du postpartum, même guérie au moment de l'arrivée à la maternité.

Déclarant Nom Maternité ou adresse
Tél Mail

Patiente : Nom (de naissance) - Prénom Notice info donnée
Date de naissance : __/__/____ Téléphone de la maman :/...../...../.....
E-mail : Date du début de grossesse : : __/__/____

COVID suspecté <input type="checkbox"/> Signes cliniques évocateurs**: Contact avec un Covid + (dans les 14j derniers) <input type="checkbox"/> Date d'un test revenu négatif : __/__/____	COVID confirmé <input type="checkbox"/> Confirmé par Scanner <input type="checkbox"/> et/ou PCR <input type="checkbox"/> Date du 1 ^{er} test Covid positif : __/__/__
---	---

** Signes respiratoires, infection respiratoire haute ou basse, asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie

Informations infection Covid-19 et prise en charge (ne renseigner que les informations dont vous disposez)

Hospitalisation pendant la grossesse

Oui pour suspicion ou diagnostic d'infection à Covid
 Oui pour autre raison et 1^{er} test covid+ pendant l'hospitalisation
 Non en dehors de l'hospitalisation prévue pour accouchement ou d'une autre hospitalisation hors contexte Covid

Si hospit : lieu 1^{ère} hosp : obstétrique Médecine (yc unité covid) Réanimation/USI Autre
 Et nom (service + hôpital + ville) : Date 1^{ère} hospitalisation : __/__/____

Transfert de la mère après ce 1^{er} lieu d'hospitalisation : Oui Non Si oui : date __/__/____
 Lieu transfert : nom (service + hôpital + ville) :

Accouchement/issue de grossesse : Issue non encore connue
 Fausse couche (précoce ou tardive) - Date : __/__/____ AG à la FC : /___/ SA + /___/ jours
 Accouchement (>22SA yc MFIU et IMG) Date : __/__/____
 - Début de travail : Spontané Déclenchement Césarienne avant travail
 - Mode : Voie basse Césarienne en urgence Césarienne programmée
 Lieu d'accouchement (Hôpital, ville) :
 Date de retour à domicile pour la mère __/__/____

Hospitalisation maternelle hors maternité après accouchement : Oui Non
 Lieu : Médecine (yc unité covid) Réanimation/USI Autre Et nom (service + hôpital + ville) :
 Décès maternel : Oui Non Si oui : date __/__/____
 Cause :

Nouveau-né (Si grossesse multiple, prévoir nouveau-né 1 / nouveau-né 2 / nouveau-né 3)

- Statut vital : Mort-né Né vivant décédé en SDN Né vivant sorti vivant de SDN
 - Corticothérapie anténatale : Oui Non Si oui : date de la 1^{ère} cure : __/__/____

Si né vivant :

- Statut Covid (PCR SARS-CoV2) néonatal : Positif Négatif Non testé
 - Allaitement maternel : Oui Non
 Hospitalisation en néonatalogie (hors UK) : Oui Non
 Si oui, raison :
 Lieu (service + hôpital + ville) :
Si séparation mère/enfant en maternité :
 Quand : Immédiatement après la naissance A la sortie de SDN ou du bloc Après arrivée en suite de couches
 motif :
 Décès : Oui Non Si oui : date __/__/____ Cause :
 Si non : date de retour à domicile pour l'enfant : __/__/____