

### 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 : [reseaugrandirensemble@planet-sante.fr](mailto:reseaugrandirensemble@planet-sante.fr) – Mail autre : [valerie.bureau@chu-nantes.fr](mailto:valerie.bureau@chu-nantes.fr)

**Inclusion : femme présentant ou ayant présenté des signes de COVID 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 ..... Date du jour : ..... / ..... / .....

**Patiente :** Nom (de naissance) ..... - Prénom ..... Notice info donnée   
Date de naissance : \_ / \_ / \_ Téléphone de la maman : ..... / ..... / ..... Adresse (cf commentaire)  
E-mail : ..... Date du début de grossesse : : \_ / \_ / \_

**COVID suspecté**  **Signes cliniques évocateurs\*\*:**

Et contact avec un Covid + (dans les 14j derniers)   
Date d'un test revenu négatif : \_ / \_ / \_

**COVID confirmé**

Confirmé par Scanner  et/ou PCR   
Date du 1<sup>er</sup> test Covid positif : \_ / \_ / \_

\*\* Signes respiratoires, infection respiratoire haute ou basse, asthénie inexplicquée ; myalgies inexplicquées ; 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<sup>er</sup> 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<sup>ère</sup> hosp : obstétrique  Médecine (yc unité covid)  Réanimation/USI  Autre   
Et nom (service + hôpital + ville) : ..... Date 1<sup>ère</sup> hospitalisation : \_ / \_ / \_

Transfert de la mère après ce 1<sup>er</sup> 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<sup>ère</sup> 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 : \_ / \_ / \_

#### Commentaires :