

Adhésion des parents au réseau Méditerranée

Document à détacher et à **envoyer** à la coordination du réseau :

✉ Réseau Méditerranée – CH Edouard Toulouse – 118, Chemin de Mimet - 13015 MARSEILLE
Téléphone : 09.67.33.42.72 - Adresse mail : suivi.prema@reseauperinatmed.fr

Nom de l'enfant		Age Gestationnel	
Prénom de l'enfant		Poids de naissance	
Date de naissance		Sexe	
Etablissement de naissance		Nombre de frères	
Etablissement d'hospitalisation au moment de l'inclusion		Nombre de sœurs	

Des professionnels de santé des régions PACA et Corse ont constitué un **réseau de santé afin d'organiser le suivi du développement des enfants nés très prématurément à moins de 33 SA** et de les orienter, si nécessaire, vers la prise en charge la plus adaptée.

Ce réseau de santé s'appelle **Réseau Méditerranée**. Il rassemble des praticiens exerçant en libéral, à l'hôpital, à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), en CAMSP et à l'Education Nationale. Une équipe de coordinateurs, médecins pédiatres, kinésithérapeutes et administratifs, organise le fonctionnement du réseau et le suivi des enfants. La convention constitutive et la charte du réseau sont disponibles sur notre site Internet à l'adresse www.reseauperinatmed.fr ou bien par courrier sur simple demande.

Par la signature de ce document d'adhésion au réseau, vous donnez votre accord pour l'organisation du suivi de votre enfant par le Réseau Méditerranée et pour le recueil des informations nécessaires à ce suivi, conformément à la législation sur les données de santé. Cette adhésion est gratuite.

J'accepte le suivi du développement de mon enfant organisé par le Réseau Méditerranée. Je reste libre à tout moment de revenir sur ma décision, de consulter ou rectifier les données concernant mon enfant.

Je refuse le suivi du développement de mon enfant organisé par le Réseau Méditerranée. Je reste libre de reprendre le suivi à tout moment en contactant le Réseau Méditerranée.

A

Le

Signature de la mère

Signature du père

Renseignements administratifs

	Mère	Père
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Adresse mail		
Niveau d'études	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
Profession		

Grands-parents maternels		Grands-parents paternels	
Noms		Noms	
Prénoms		Prénoms	
Tél. fixe		Tél. fixe	
Tél. portable		Tél. portable	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Code postal		Code postal	

Médecin qui suivra votre enfant			
Nom			
Ville		Code postal	

Médecin référent choisi	
Nom	
Lieu d'exercice	

Examen spécifique entre 36 et 41 SA

(Tampon du médecin)

Fiche patient / biométries

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Date et lieu de naissance : _____

Examen réalisé par : _____ Libéral Hospitalier CAMSP PMI

Age gestationnel : _____ SA Date d'examen : _____ Age réel : _____ PC : _____ Age corrigé : _____

Poids : _____ Taille : _____

Famille / lieu de vie / alimentation

Lieu de vie : Domicile Hospitalisation Autre (préciser) : _____

Numéros de téléphone actuels Père : _____ Mère : _____ Autre : _____

Situation familiale : Couple Parent isolé Autre (préciser) : _____ Allaitement : Maternel Mixte Artificiel

Posturage : Mousse Cocon Aucun

Pathologies observées

Maladie pulmonaire chronique : Non Oui RGO traité

(si oui, préciser) : _____ Traitements

Autre pathologie chronique Non Oui Gastrostomie

(si oui, préciser) : _____ Bronchoite

Autre pathologie chronique Non Oui Difficultés alimentaires

(si oui, préciser) : _____ Ig anti VRS : Non Oui

Examens et dépistages sensoriels

Bilan auditif : Non fait Normal Anormal A contrôler (Si anormal ou à contrôler, préciser) : _____ D G Bilatéral

Fond d'oeil : Non fait Normal Anormal (Si anormal, à préciser) : _____ ROP D Stade 1 Stade 2 Stade 3 Stade 4a Stade 4b Stade 5 Etat +

Poursuite visuelle : Normale Anormale (Si anormale, préciser) : _____ ROP G Stade 1 Stade 2 Stade 3 Stade 4a Stade 4b Stade 5 Etat +

Obtention : Facile Difficile Absente Limitation : Aucune Bilatérale D G

Examen neurodéveloppemental

Comportement : Normal Anormal (si anormal, préciser) : _____ Contact social : Normal Pauvre Absent

Tolérance aux manipulations : Normale Déstabilisation modérée Déstabilisation sévère

Pleurs : Normaux Anormaux Absents

Développement moteur : Normal Anormal (si anormal, préciser) : _____ Motricité : Symétrique Préférence D Préférence G

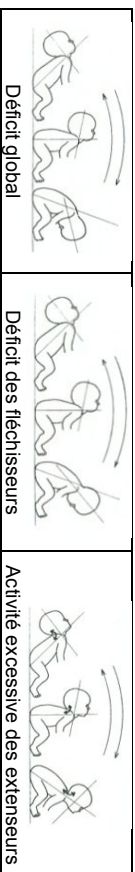
Abduction spontanée du pouce : Normale Pouce inactif Pouce fixé

Forme du crâne : Normale Anormale (si anormale, préciser) : _____ Plagiocéphalie postérieure Plagiocéphalie D Plagiocéphalie G

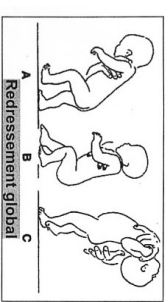
Autre ; préciser _____

Tonus : Normal Anormal (si anormal, préciser) :

Tonus axial : Normal Hypotonie axiale Hypertonie axiale



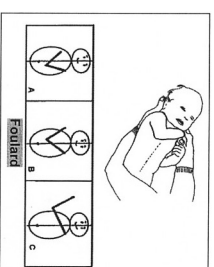
Flexion				
Extension			Amplitudes illimitées	



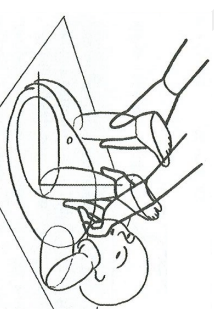
A : adéquat ; B : inexistant ; C : excessif

Tonus périphérique : Normal Hypotonie périphérique Hypertonie périphérique Asymétrique : Non Oui

Si oui, préciser le côté **hypertonique** : D G



Foulard :
 A : ne dépasse pas la ligne médiane (normal)
 B : dépasse la ligne médiane (hypotonie modérée)
 C : aucune résistance (hypotonie sévère)



Angle poplité :
 $\geq 90^\circ$ (normal)
 $\leq 70^\circ$ (hypertonie)
 Aucune résistance (hypotonie)

Réflexes archaïques : Présents Absents

Score neuromoteur : 0 1 2 3 4 5

- 0 - Normal
 1 - Anomalie modérée du tonus ou des réflexes
 2 - Anomalie modérée du tonus et des réflexes
 3 - Anomalie du tonus et/ou des réflexes avec diminution de la force musculaire du tronc et des extrémités
 4 - Anomalie motrice +/- atteinte des nerfs crâniens
 5 - Tétraparésie spastique

Paraclinique : Non Oui (si oui, préciser) :

Prise en charge à prévoir : Non Oui (Si oui, préciser) :

Kinésithérapie Psychomotricité CAMSP Psychologie Orthophonie
 Autre prise en charge (préciser) :

Consultation de recours demandée : Non Oui
 (Si oui, préciser) :

Ophtalmologie ORL Pneumopédiatrie Neuropédiatrie / MPR Gastropédiatrie
 Autre (préciser)