

TETANOS NEONATAL:
Formulaire d'investigation
Page 1/2

Numéro:

A- Déclaration

Date de déclaration	Hôpital / structure santé	Déclaré par	Date enquête	Enquêteur

B- Identification

Nom de famille	Prénom bébé	Prénom père	Prénom mère	Nationalité
Sexe	Date de naissance du bébé	Caza	Commune	Téléphone
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille				
Adresse complète				

C- Situation vaccinale de la mère

La mère est-elle vaccinée contre le tétanos ?	Date dernière dose reçue	La vaccination est-elle documentée ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

D- Soins prénatals

Nombre de consultations prénatales	Lieu des consultations prénatales	Hospitalisation Durant la grossesse	Date hospitalisation	Motifs d'hospitalisation
	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Centre médical <input type="checkbox"/> Dispensaire <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

E- Naissance du bébé

Lieu d'accouchement, précisez	Qui a pratiqué l'accouchement ?	Nom de la personne qui a pratiqué l'accouchement
<input type="checkbox"/> Hôpital : <input type="checkbox"/> Centre médical : <input type="checkbox"/> Domicile : <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Matrone <input type="checkbox"/> Autre	
Si accouchement à domicile : Sur quelle surface l'accouchement a-t-il été pratiqué?	La surface semblait-elle propre ?	La personne qui a pratiqué l'accouchement s'est-elle lavée les mains?
<input type="checkbox"/> Drap <input type="checkbox"/> Table non couverte <input type="checkbox"/> Sol de terre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel instrument a-t-on utilisé pour sectionner le cordon?	Le matériel a-t-il été nettoyé et stérilisé dans l'eau bouillante avant l'emploi? Ou semblait-il neuf?	Comment a-t-on traité ou pansé le moignon du cordon?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Numéro:

Nom du bébé :

F- Symptômes

Date début de la maladie	Le bébé a-t-il tété et pleuré normalement pendant les 2 premiers jours de la vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, décrivez les faits :
	Passé les 2 premiers jours de la vie, le bébé a-t-il eu du mal à téter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les faits :
	Le bébé a-t-il été atteint de raideur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les faits :
	Le bébé a-t-il eu des convulsions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les faits :
	Le bébé a-t-il eu des convulsions réactionnelles ou des crises convulsives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les faits :
	Y a-t-il eu d'autres symptômes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les faits :

G- Traitement et issue

Le bébé a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom hôpital	Date d'hospitalisation
Diagnostic	Le bébé est-il mort ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de décès

H- Remarques

Notes de la famille	Notes du médecin traitant	Notes de l'enquêteur