

CODE D'IDENTIFICATION DE L'ENFANT		FICHE D'ADAPTATION KANGAROO INTRASPRITALIER - PROGRAMME MMK	
Autorisation du Parent pour la collecte de donnee: OUI NON			
N°	Élément de donnée	Réponse	N°
1	Élément de donnée Est-ce que le bébé est stable pour faire MMK	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2	Date d'entrée		
3	Date de l'accouchement		
4	Date de début Kangourou (DDK)		
5	Nom & Prénom enfant		
6	Sexe enfant		
7	Nom & Prénom de la mère		
8	Age de la mère		
9	N°TEL de la mère		
10	Situation matrimoniale de la mère (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Pas des Données <input type="checkbox"/> Salariée	
11	Profession de la mère (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Auto-Emploi <input type="checkbox"/> Sans Emploi <input type="checkbox"/> Elève/Étudiante <input type="checkbox"/> Ménagère	
12	Niveau d'étude de la mère (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Pas de données	
13	Quartier d'habitation de la mère		
14	Ethnie de la mère		
15	Religion de la mère (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Chrétienne <input type="checkbox"/> Musulmane <input type="checkbox"/> Animiste <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Non-Croyant <input type="checkbox"/> Pas de données	
16	Nom du père		
17	N° TEL du père		
18	Profession du père (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Auto-Emploi <input type="checkbox"/> Sans Emploi <input type="checkbox"/> Elève/Étudiante <input type="checkbox"/> Ménagère	
19	Niveau d'étude du père (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Pas de données	
20	Habite même ville que FOSA*		
21	Combien dure le trajet entre chez vous et l'hôpital (en	<input type="checkbox"/> Sage Femme <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Gynécologue <input type="checkbox"/> Pas de Suivi	
22	Suivie par	<input type="checkbox"/> Mono foetal <input type="checkbox"/> Gémellaire <input type="checkbox"/> Triplet <input type="checkbox"/> Quadruplet	
23	Grossesse (cochez la réponse)		
22	DDR		
23	DPA		
24	ATCD Prématuré		
25	Nombre enfant < 5 ans		
26	Nombre de grossesses		
27	Nombre de grossesses prématurées		
28	Nombre de CPN		
29	Nombre d'échographies		
30	Bilan PN		
31		Rubéole**	
32		TOXO**	
33		TPHA**	
34		HIV**	
35		Hépatite B**	
36		Syphilis**	
37		GS <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	
38		RH**	
39		CMV **	
40		Alb**	
41		Sucré**	
42		NFS	
43		Pathologies autres	
44	HTA*		
45	Fèvre maternelle*		
46	RPreM*		
47	RProM*		
48	PP*		
49	VAT*		

Élément de donnée	Réponse	N°	Élément de donnée	Réponse	N°	Élément de donnée	Réponse
50 VAI*							
51 TPI *		1	Comment est-ce que le patient est sorti de l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Avec avis médical <input type="checkbox"/> Contre avis médical <input type="checkbox"/> Autre	17	Poids de sortie du bébé (g)	
52 FER administré*		2	Age gestationnel à la sortie		18	Nombre de jours après tétée directe	
53 Voie d'accouchement		3	Nombre de jour(s) Réanimation		19	Age gestationnel Maturation Succon	
54 Lieu d'accouchement		4	Nombre de jour(s) Oxygénation		20	Nombre de jours passés en salle d'incubateur	
		5	ATB *		21	Nombre de jours passés en salle Kangourou	
55 APGAR SCORE		6	Ictère *		22	Diagnostic Pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Instable <input type="checkbox"/> Autres
		7	Photothérapie*		23	Etat du bébé à la sortie	
		8	Pâleur *		24	Age tétée directe	
56 PN (poids de naissance) (g)		9	Cyanose*		25	Taille de sortie	
57 T (taille) (cm)		10	Apnée*		26	PC Sortie	
58 PB (cm)		11	Nombre Transfusion *		27	La mère est-elle morte ou vivante?	
59 PC		12	RGO*		28	Diagnostic de décès du bébé	
60 PT		13	FENTOM/OMS		29	Si l'enfant est vivant, date de sortie	
61 Age gestationnel		14	Régime maternel (cochez la réponse)	<input type="checkbox"/> AM (Alimentation Maternelle) <input type="checkbox"/> LA (Lait Artificiel) <input type="checkbox"/> AM & LA <input type="checkbox"/> A (Artificiel, autre que lait)	30	Si l'enfant est décédé, date de décès	
		15	Nombre de jours en couveuse		31	Nbre de g/kg/j à la sortie	
62		16	Nombre de jours d'hospitalisation		32		
63 FENTOM/ OMS					33		
64 Diagnostic d'entrée							

Formulaire rempli par : INFIRMIERE KMC/ DOCTEUR KMC
Nom & Prénom.....

Formulaire revu par: Chargé de Collecte de Donnée
Nom & Prénom.....

Date & Signature.....

Date & Signature.....

Légende* (Réponse attendue)

OUI
NON

Légende** (Réponse attendue)

NPF (n'est pas fait)
PD (Pas de donnée)

N (Négatif)
P (positif)



Fondation **Kangourou**
Cameroun

FICHE DE SUIVI AMBULATOIRE DE DIB-KMC À 40 SEMAINES, 3, 6, 9, 12 ET 18 MOIS

S/N	Élément de donnée	Discharge - 40 Weeks	40 Weeks - 3 Months	3 Months - 6 Months	6 Months - 9 Months	9 Months - 12 Months	12 Months - 18 Months
		DATE:	DATE:	DATE:	DATE:	DATE:	DATE:
1	Age chrono						
2	Age corrigé						
3	Taille						
4	Poids						
5	PC						
6	Alimentation*						
7	Qui porte le bébé ? (à 40 semaines)						
8	Age de sortie de la porche kangourou (a						
9	Pathologie						
10	Médicaments***						
11	Test Infanib**						
12	Test de Griffiths (QD)						
13	Autres						
14	Ré-hospitalisation						
15	Pourquoi ?						

Formulaire rempli par : INFIRMIERE KMC/
DOCTEUR KMC

Formulaire revu par: Chargé de Collecte de
Donnée

Nom & Prénom.....

Nom & Prénom.....

Légende* (Réponse attendue)		Légende** (Réponse attendue)		Légende*** (Réponse attendue)	
AM (Alimentation maternel)	LA (lait artificiel)	Normal	Anormal	Multivitamines	Fer
AM & LA	lait)	Transitoire		Anti-reflux	Xanthine
					Autres