



Critères indispensables à l'élaboration d'un dossier informatisé pour la prise en charge d'un nouveau-né en maternité

Groupe de travail : Dr Sophie Parat, Dr Marie-Sophie Chavet, Dr Sarah Coquery, Audrey Darnieaud (sage-femme), Dr Marie-Gabrielle Guillemain (CNRHP), Pr Elsa Kermorvant, Pr Laurence Foix-L'Hélias

Validation : Conseil d'administration de la Société Française de Néonatalogie 2/03/2022, versions révisées 30/03/2022, 4/04/2022 ; validation définitive le 4/05/2022.

Préambule :

Ce cahier des charges constitue une synthèse des éléments requis pour la constitution d'un dossier informatisé « nouveau-né en maternité » (dossier médical et dossier de soins). Ce dossier est utilisé par les sages-femmes, les pédiatres, les auxiliaires de puériculture, les IDE et tout autre professionnel (psychologue, assistante sociale, chirurgien, sur-spécialiste, ...) intervenant dans la prise en charge de la dyade mère-bébé. Il est constitué de deux parties : un dossier médical et un dossier de soins comportant la prescription médicale, les éléments de surveillance (pancarte) et les transmissions ciblées.

Référentiels

- *RPC HAS 2018 : Accueil du nouveau-né en salle de naissance*
- *Reco HAS/SFN 2017 : Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA)*
- *CNRHP 2019 : Ictère et hyperbilirubinémie du nouveau-né – courbes de référence*
- *RPC HAS 2014 : sortie de maternité après accouchement*
- *HAS 2020 : Echelles d'évaluation de la douleur*

1. Le dossier médical du nouveau-né :

Il est créé dès la naissance, avec une identification de l'enfant.

Il intègre les éléments de la grossesse et de l'accouchement, extraits du dossier de la mère, indispensables à la prise en charge médicale de l'enfant (données également utilisées pour générer le certificat du 8^{ème} jour Cerfa) :

- les données maternelles et de la grossesse : pathologies maternelles, addictions, traitements maternels, pathologies de la grossesse, sérologies, groupe sanguin, RAI, résultats du prélèvement vaginal, échographies , ...
- les données de l'accouchement : durée de rupture des membranes, fièvre maternelle, traitements per partum : antibiothérapie, type d'anesthésie, ... ; anomalies du rythme cardiaque fœtal, couleur du liquide amniotique, voie d'accouchement, ...

Ces données doivent être reprises automatiquement du dossier maternel sans nécessiter de double saisie.

Il comporte également :

- les données de la naissance : date, heure, terme, mensurations de naissance (et percentiles pour l'âge gestationnel), gaz du sang au cordon/H1, température, score d'Apgar, appel du

éventuel pédiatre et éléments de la prise en charge en salle de naissance (feuille de réanimation en salle de naissance) ;

- date/heure et les éléments de l'examen clinique du nouveau-né réalisé en salle de naissance par la sage-femme ou le pédiatre (clairement identifiés) ainsi que les informations concernant une surveillance médicale spécifique ;
- les données de l'examen pédiatrique systématique réalisé en suites de naissance (y compris identification du médecin ayant réalisé l'examen) qui permettront de générer automatiquement le certificat du 8^{ème} jour Cerfa ;
- l'ensemble des informations médicales et avis spécialisés lors du séjour en suites de naissance avec l'identification de toute personne intervenant auprès du nouveau-né ;
- les éléments de la prise en charge psycho-sociale ;
- les résultats des examens biologiques ;
- les résultats des examens d'imagerie réalisés durant le séjour.

2. Le dossier de soins (relié au dossier médical)

Il comporte :

- Un onglet consacré à la prescription, incluant les prescriptions médicales réalisées en salle de naissance puis en suites de naissance :
 - prescriptions journalières de l'alimentation, des vitamines D et K, de berceau ou rampe chauffant(e), des éventuels traitements (ex. Viramune®..), de la photothérapie et des modalités de surveillance spécifiques (fréquence des glycémies capillaires, fréquence du contrôle de bilirubine transcutanée) ;
 - les prescriptions d'examens biologiques ou d'imagerie ;
 - la prescription journalière doit pouvoir être affichée sur une seule page pour vérification par le prescripteur avant validation.
- Un onglet avec la courbe de poids (**en grammes**) avec affichage automatique du poids correspondant à une perte de 10% du poids de naissance, permettant de reporter les valeurs de la pesée quotidienne (parfois biquotidienne).
- Un onglet consacré à la surveillance et à la prise en charge de l'ictère : courbes de référence (CNRHP) pour le suivi quotidien des bilirubines transcutanées, avec report des valeurs mesurées sur ces courbes de référence, indiquant les seuils de prélèvements de bilirubine sanguine et de photothérapie ; dates et résultats des prélèvements sanguins (bilirubinémie (totale, conjuguée, non liée), groupe et RAI de la mère, groupe et Coombs Direct de l'enfant, NFS, dosage de G6PD, autres examens éventuels – au mieux repris automatiquement du dossier biologique pour éviter une double saisie), nombre, horaires et durée des séances de photothérapie ; suivi prévu après la sortie.
- Un onglet consacré à la surveillance clinique des nouveau-nés à risque d'INBP, utilisant la grille de surveillance standardisée HAS/SFN 2017.
- Un onglet contenant les éléments de la «pancarte» : alimentation (type, fréquence), grille d'observation des tétées, les soins de puériculture (soins de cordon, bain), surveillance de la température, urines, transit, glycémies capillaires ainsi que sa technique de mesure :

- Incluant les éléments de la surveillance en salle de naissance : température, coloration, prise alimentaire, émission de méconium et d'urines, examens biologiques pratiqués dont glycémies ;
- Incluant les scores de Finnegan ou Lipsitz et d'EDIN ou EVENDOL (validée en maternité) ;
- Incluant aussi la traçabilité des dépistages : audition, Guthrie.
- Un onglet contenant les transmissions ciblées (lien mère-enfant).

3. Ergonomie, fonctionnalités

- a) Le temps nécessaire à une prescription ou à la synthèse d'un examen clinique ne doit pas être plus long que lors de l'utilisation d'un support papier (pas de clics multiples pour une même prescription ou pour des actes de réanimation en salle de naissance ou pour des items d'examen clinique, pas de menus déroulants chronophages ; privilégier la complétion automatique et les textes types).
- b) Droits d'accès en écriture paramétrables et différenciés selon profession, en limitant les restrictions au strict nécessaire (ex. : prescription/sage-femme et médecin) et droits en lecture pour tous les intervenants.
- c) Possibilité d'intégrer d'éventuelles données externes (par exemple : photos)
- d) Connexion avec les logiciels d'imagerie, de biologie, de biberonnerie-lactarium, ...
- e) Connexion avec le dossier d'hospitalisation néonatale ou pédiatrique pour possibilité d'import automatisé des données
- f) **Possibilités de synthèse**

A partir des informations saisies dans le dossier informatisé nouveau-né en maternité, l'outil doit pouvoir générer de façon automatisée les documents suivants :

- Compte-rendu du séjour du nouveau-né en maternité avec poids de sortie et bilirubine transcutanée le jour de la sortie. Impression possible de la courbe de poids pour la sage-femme à domicile et le pédiatre de ville ;
- Compte-rendu de prise en charge des ictères reprenant les éléments de l'onglet dédié (cf plus haut) ;
- Ordonnances de sortie, RDV, examens à faire en externe ;
- Informations délivrées : prévention malaise grave du nourrisson, plagiocéphalie, déshydratation, bronchiolite, information sur les vaccinations des parents, sur la conduite à tenir en cas de fièvre. Ces informations, listées, devraient pouvoir être validées rapidement en un clic lors de la délivrance de l'information ;
- Impression du certificat du 8ème jour Cerfa.

g) Documentation imprimable

Un espace documentaire pour stocker des documents pdf imprimables (par exemple : médicaments et aliments contre-indiqués en cas de déficit en G6PD, conseils de prévention et de puériculture...) serait utile.

h) **Obligation légale de stockage et d'accès aux informations** (durée 30 ans)

- Stockage et accès à l'historique des informations
- Import des identités et des mouvements (changements de noms et fusions d'IPP)
- Affichage des données administratives
- Editions d'étiquettes
- Possibilité d'effectuer des requêtes pour analyse spécifiques

i) **Fonction support**

- Accès usager auprès de l'éditeur avec obligation de support en cas de problème avec l'outil
- Implication des utilisateurs dans les demandes d'évolution de l'outil