

		Étude de la prévalence de l'allaitement maternel et des infections bronchiques, ORL et digestives chez les enfants de moins d'un an admis aux urgences pédiatriques.	Réf. : N° version : 1 Date : 28/06/18
		Protocole EPAM	

Numéro d'inclusion :

Critères de non inclusion :

- ☐ Prématuré < 37 SA
- ☐ Pathologies congénitales
- ☐ Déficit immunitaire connu
- ☐ Pathologie en lien exclusivement avec l'allaitement maternel

I. IDENTIFICATION

- 1) Lieu de recueil : ☐ 1.Angers ☐ 2.Cholet ☐ 3.La Roche/Yon ☐ 4.Le Mans ☐ 5.St-Nazaire
- 2) Date d'admission dans la structure :
- 3) Heure admission :
- 4) Trois premières lettres du nom : / Prénom complet
- 5) Date de naissance (jj/mm/aaaa):
- 6) Sexe : ☐ 1.Masculin ☐ 2.Féminin

II. ANTECEDENTS

- 1) Lieu de naissance :
- 2) Terme de naissance : SA / Poids de naissance : g
- 3) Grossesse gémellaire : ☐ 1.Oui ☐ 2.Non
- 4) Mode de naissance : ☐ 1.Voie basse ☐ 2.Césarienne

III. CONTEXTE FAMILIAL

- 1) Code postal des parents :
- 2) Date de naissance de la mère :
- 2) **Profession** habituelle de la mère :
- ☐ 1. Cadre, profession libérale, profession à responsabilité, profession intermédiaire
 - ☐ 2. Secrétaire, employée, ouvrière, personnel de service
- 3) **Travail** de la mère :
- ☐ 1. Travail à temps plein
 - ☐ 2. Travail à temps partiel
 - ☐ 3. Pas de travail actuellement
- 4) **Profession** habituelle du père :
- ☐ 1. Cadre, profession libérale, profession à responsabilité, profession intermédiaire
 - ☐ 2. Secrétaire, employé, ouvrier, personnel de service
- 5) **Travail** du père :
- ☐ 1. Travail à temps plein
 - ☐ 2. Travail à temps partiel
 - ☐ 3. Pas de travail actuellement
- 6) Nombre d'enfants dans la fratrie :
- 7) L'(es) autre(s) enfant(s) ont été (*cocher*) :
- ☐ 1. Tous allaités
 - ☐ 2. Certains oui, d'autres non
 - ☐ 3. Aucun n'a été allaité

IV. FACTEURS DE RISQUE D'INFECTIONS

- 1) Antécédents allergiques dans la famille (parents, enfants) (*cocher une ou plusieurs réponses*) :
- ☐ Non aucun
 - ☐ Eczéma
 - ☐ Asthme
 - ☐ Rhino-conjonctivite
 - ☐ Intolérance aux protéines du lait de vache

2) Consommation de **tabac** (depuis la naissance) par la mère :

- ☐ 1. Pas de tabac depuis la naissance
- ☐ 2. Une à 10 cigarettes/jour
- ☐ 3. Plus de 10 cigarettes/jour
- ☐ 4. Arrêt du tabac depuis la naissance, quand l'enfant avait mois

3) Consommation de **tabac** (depuis la naissance) par le père :

- ☐ 1. Pas de tabac depuis la naissance
- ☐ 2. Une à 10 cigarettes/jour
- ☐ 3. Plus de 10 cigarettes/jour
- ☐ 4. Arrêt du tabac depuis la naissance, quand l'enfant avait mois

4) L'enfant utilise-t-il une "tétine" ?

- ☐ 1. Oui souvent
- ☐ 2. Oui, quelquefois (pour dormir)
- ☐ 3. Non, jamais

5) **Mode de garde de l'enfant** *(le plus fréquent)*

- ☐ 1. Au domicile (parents ou nounou ou grands-parents)
- ☐ 2. En crèche ou mini-crèche ou autre collectivité
- ☐ 3. Par les grands-parents (à leur domicile)
- ☐ 4. Par une assistante maternelle à son domicile (enfant seul)
- ☐ 5. Par une assistante maternelle à son domicile (avec d'autres enfants)

6) Est-ce l'enfant va en **halte-garderie** ?

- ☐ 1. Oui souvent ☐ 2. Oui, rarement ☐ 3. Non, jamais

V. MODE D'ALIMENTATION

- Alimentation actuelle (AM = allaitement maternel) (cf. définitions en annexe)

- ☐ 1. AM exclusif
☐ 2. AM prédominant
☐ 3. AM mixte (partiel) (*dans ce dernier cas, cocher aussi PPN*)
☐ 4. Biberon de lait en boîte

- Diversification débutée : ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

- Alimentation depuis la naissance (cf. définitions en annexe)

A la sortie de maternité :

- ☐ 1. AM exclusif
- ☐ 2. AM mixte
- ☐ 3. Biberon de lait en boîte

Si AM à la sortie et si l'enfant est **sevré actuellement** : Date de sevrage

Si AM à la sortie et si l'enfant est en **AM mixte** : Date du 1er biberon de lait en boîte

Si l'alimentation est diversifiée : Date de diversification :

VI. DIAGNOSTIC

- ☐ Bronchiolite, si oui :

Score de Wang modifié /15

- ☐ Broncho-pneumonie
 ☐ Malaise
- ☐ Gastro-entérite (diarrhée)
 ☐ Convulsions sans fièvre
- ☐ Otite
 ☐ RGO
- ☐ Rhinopharyngite aiguë
 ☐ Fièvre isolée

- ☐ Éruption
- ☐ Troubles transit intestinal
- ☐ Pyélonéphrite aigüe
- ☐ Traumatisme crânien

Autre :

VII. EVOLUTION

- 1) L'enfant est hospitalisé : ☐ 1.Oui ☐ 2.Non

- 2) Si oui,

Date de sortie de l'hôpital :

--	--	--	--	--	--	--	--

Heure de sortie :

--	--

--	--