

1. Identification du patient (*les critères demandés sont nécessaires à l'identitovigilance)

Enfant

Nom* : Prénom* : Terme :

DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M

Adresse : Gp ABO :

Mère

Nom* : Prénom* : Nom de naissance* :

DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M

Adresse : Gp ABO :

Père

Nom* : Prénom* :

DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M

Adresse : Gp ABO :

2. Identification du prescripteur

Nom : Prénom : Téléphone :

Hôpital : Service :

Adresse :

3. Neutropénie de l'enfant

	PN/mm3	Infections (O/N)	Traitement
Naissance			
J			
J			
J			
J			
Retard de la chute du cordon		oui	non
Autre :			

4. Antécédents de la mère

4.1 Antécédents obstétricaux

Prénom enfant	Date Naissance	Neutropénie (O/N)	Nb PN à la NN	Traitement

4.2 Antécédents autres

Transfusions : Plaq (O/N) GR (O/N)

Virose pendant la grossesse :

Antécédent de PTI : (O/N)

Antécédent de maladie auto-immune : (O/N) Laquelle :

4.3 Traitements pendant la grossesse

	Dose	Date début	Date fin
Ig I.V.			
Stéroïdes			
Autres			