03/0001934

VOLET C

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

*(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par **le médecin** ou **l'accoucheuse**)*

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants ☐☐
- nombre total d'enfants mort-nés ☐☐
- nombre total d'enfants encore en vie ☐☐
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Durée probable de la grossesse en semaines ☐☐

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- ☐ diabète
- ☐ maladie rénale
- ☐ hypertension chronique
- ☐ hémorragie du 3e trimestre
- ☐ hypertension gravidique
- ☐ naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes
- ☐ éclampsie
- ☐ autres, précisez . . . . . .
- ☐ pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- ☐ oui
- ☐ non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- ☐ sommet fléchi
- ☐ siège
- ☐ autres présentations céphaliques
- ☐ oblique/transverse
- ☐ autres, précisez . . . . . .

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- ☐ oui
- ☐ non

6.2 Accouchement avec assistance

- ☐ oui
- ☐ non

***Si oui**, complétez 6.3, 6.4 et 6.5*

***Si non**, passez immédiatement au point 7*

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- ☐ forceps
- ☐ extraction par le siège (Bracht excl.)
- ☐ ventouse
- ☐ version avec extraction
- ☐ césarienne
- ☐ version externe
- ☐ autres, précisez . . . . . .

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

- ☐ césarienne antérieure
- ☐ pathologies placentaires
- ☐ dystocie
- ☐ autres, précisez . . . . . .
- ☐ pas d'indication maternelle

6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- ☐ souffrance foetale
- ☐ anomalie de la présentation
- ☐ autres, précisez . . . . . .
- ☐ pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.2 Détresse respiratoire

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.3 Etat infectieux

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.4 Anomalies congénitales

- ☐ anencéphalie
- ☐ imperforation anale
- ☐ spina bifida
- ☐ réduction des membres
- ☐ hydrocéphalie
- ☐ hernie diaphragmatique
- ☐ fente labiale/palatine
- ☐ omphaloc èle/gastroschisis
- ☐ autres, précisez . . . . . .
- ☐ pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance *(en grammes)* ☐☐☐☐

(suite au verso)

Modèle I 0102040312 2491934 02

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT *(suite)*

9. Indice d'Apgar à:

☐☐ • 1 minute ☐☐ • 10 minutes

☐☐ • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

☐ • ventilation sans intubation ☐ • sans objet

☐ • intubation ☐ • pas d'intervention

☐ • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)

☐ • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)

☐ • autres, précisez . . . . . .

. . . . . .

No. dossier médical
de la **Mère** . . . . . .

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI. . . . . .

• date (JJMMAAAA) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

nom, prénom
signature
cachet

03/0001934

Modèle I 0102040111 2491934 92

VOLET A

DECLARATION DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

*(Volet à remplir par **le médecin** ou **l'accoucheuse** et à conserver par l'administration communale)*

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date **(JJMMAAAA)** et heure **(HHMM)** de la naissance / / h m

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des naissances
(à remplir par l'administration communale)

Sexe de l'enfant

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

(1) La loi du 30 mars 1984 a prolongé le délai de déclaration de naissance de 3 à 15 jours.En cas d'impossibilité de se prononcer immédiatement sur le sexe de l'enfant, il est recommandé de profiter de ce délai pour procéder à des analyses médicales.Le médecin déclarant pourra ainsi préciser le sexe de l'enfant avant l'expiration du délai et éviter les problèmes causés par une déclaration de sexe indéterminé.

Modèle I 0102040211 2491934 95

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

*(Volet à remplir par **le médecin** ou **l'accoucheuse** et à vérifier par l'administration communale et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure de la naissance

- date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

2. Lieu de naissance

☐ • institution hospitalière ☐ • maison privée

☐ • autres, précisez . . . . . .

. . . . . .

3. Sexe de l'enfant

☐ • masculin

☐ • féminin

☐ • indéterminé

4. Enfant issu d'une grossesse multiple

☐ • oui ☐ • non

En cas d'accouchement multiple :

- nombre total de naissances, mort-nés compris ☐
- no. d'ordre de l'enfant déclaré ☐
- nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)

⇒ nombre d'enfants nés vivants

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

⇒ nombre d'enfants mort-nés

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

Modèle I 0102040411 2491934 04

VOLET D

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

*(Volet à remplir par **l'administration communale** avec l'aide du déclarant)*

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ==>

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

- du père / /
- de la mère / /

4. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	☐	☐
• primaire	☐	☐
• secondaire inférieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• secondaire supérieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• supérieur de type court	☐	☐
• supérieur de type long ou universitaire	☐	☐
• ne sait pas	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

5. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	☐	☐
• étudiant(e)	☐	☐
• chômeur(se)	☐	☐
• pensionné(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

6. Etat social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	☐	☐
• employé(e)	☐	☐
• ouvrier(e)	☐	☐
• aidant(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

7. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

- père

Code I.N.S. ==>

- mère

Code I.N.S. ==>

8. Nationalité

- du père
  ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

- de la mère
  ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

9. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

Code I.N.S. ==>

10. Etat civil de la mère

☐ • célibataire ☐ • divorcée
☐ • mariée ☐ • légalement séparée de corps
☐ • veuve ☐ • ne sait pas

11. Etat d'union de la mère

☐ • vit seule ☐ • en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

/ /

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s) • né(s) vivant(s)

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

Ne peut être ouvert ni par le déclarant, ni par le personnel communal