

Questionnaire A-Bras

Présentation :

Afin de progresser dans la compréhension des causes de la POPB et pour mieux aider les familles dont un enfant est porteur d'une POPB, l'A-BRAS a réalisé ce questionnaire soumis à toutes les familles touchées par la POPB.

Si vous souhaitez vous aussi à faire progresser la connaissance de ces risques, n'hésitez pas à nous le retourner, même si vous ne disposez pas de toutes les informations demandées. Vous pouvez dans ce cas le compléter avec vos observations.

Cette fiche est strictement confidentielle et son contenu est réservé à l'utilisation par l'A-BRAS sous contrôle du Président de l'Association. Les données nominatives ne pourront être communiquées à des tiers sans autorisation. Ces indications pourront être regroupées avec d'autres données afin de constituer des valeurs statistiques.

Questionnaire :

Famille

Noms et prénoms :

- des parents :
- de l'enfant (P.O.P.B.) :
- Coordonnées :
Adresse :
- Téléphone :
- E-mail :

Naissance

- Date de naissance (jour mois an) :
- Date de naissance (préciser le jour : Lundi, mardi,...) :
- Heure de naissance :
- Heure d'arrivée à la maternité :
- Maternité :
- *(NB. L'A-BRAS ne communiquera pas de liste des établissements cités)*

Poids de naissance :

Prévision de poids de naissance lors de la dernière échographie :

- Nombre de semaines, ou jour, séparant l'estimation de poids et la naissance :
- Extraction instrumentale et/ou manœuvre ? (forceps, spatules, ventouse) :
- Accouchement effectué par le gynécologue qui a suivi la grossesse ? oui/non
- **Traumatismes constatés à la naissance :**

Enfant :

Description des mouvements non réalisés : (exemple doigts mobiles, bras flasque)

- Diagnostic sur les racines nerveuses (C4 à D1) Si vous les connaissez, précisez la nature des lésions et les réparations si il y a eu greffe de nerfs.

Racine	Etirement (gaine intacte, fibres nerveuses coupées)	Rupture (gaine et nerfs cassés et séparés)	Avulsion (arrachement médulaire – plus de racine)	Si intervention, nature de la réparation
C5	oui/non	oui/non	oui/non	. . .
C6	oui/non	oui/non	oui/non	. . .
C7	oui/non	oui/non	oui/non	. . .
C8	oui/non	oui/non	oui/non	. . .
D1	oui/non	oui/non	oui/non	. . .

- Présence du syndrome de Bernard-Horner ? Oui/non
- Mère (facultatif) :
Pour cet accouchement :
- Poids avant la grossesse :
- Poids en fin de grossesse :
- Difficultés éventuelles lors de précédents accouchements ? (ex. extraction instrumentale, ...)

Famille de l'enfant :

- Nombre de frères et soeurs plus jeunes :années de naissance
- Nombres de frères et soeurs plus âgés :années et poids de naissance
- Poids de naissance des parents :
Mère :
- Père :

Prévention :

- Nombre total d'échographies pendant la grossesse :
- Nombre total d'échographies dans les trois derniers mois avant la naissance :
- Autres examens : (radio du bassin, radio-pelvimétrique, ...)
- Vous a-t-on proposé un accouchement déclenché ? oui/non
- Vous a-t-on proposé une césarienne ou évoqué ce mode de naissance ? oui/non
- Si oui, vous a-t-on expliqué la raison ou les risques de ne pas le faire ?

Récupérations :

- Interventions chirurgicales :

âge	date	Equipe (Dr)/	Nature de l'intervention
.	.	.	.

- autres soins ou examens (nature, fréquence, lieu)

- Progrès (évolution de la paralysie, améliorations)

Divers

- Prise en charge par la sécurité sociale 100% : oui/non
 - Obtention d'allocations spécifiques : oui/non
- nature (ex. AES) :
- taux d'incapacité :

Aides et support moral :

Annonce du traumatisme :

Qui vous l'a annoncé :

- Spontanément ?
- Quand et circonstances ?
- Avez-vous reçu l'aide que vous souhaitiez au départ ? Si oui comment ?

Comment avez-vous connu l'A-BRAS ?

Commentaires sur ce questionnaire (pour l'améliorer) :

Autres commentaires :

Fin du questionnaire
Merci pour votre contribution.

Questionnaire à envoyer à :

Association A-BRAS
41 rue Jean de La Fontaine
F-59960 NEUVILLE EN FERRAIN
France

Pour nous envoyer un courriel : info@a-bras.org

Site internet : a-bras.assoconnect.com