

UE4 : Sémiologie  
Dr MARTINERIE ([laetitia.martinerie@aphp.fr](mailto:laetitia.martinerie@aphp.fr)) et Dr RIDEAU  
Le 30/11/17 de 15h30 à 17h30

Ronéotypeur : Anne-Sophie Jeremenko  
Ronéoficheur : Adrianna Michno

## **Cours n°6 (partie2) : EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ**

*SOMMAIRE :*

*PARTIE 2 : EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU NÉ*

*I/ Anamnèse familiale, obstétricale*

- A) Introduction*
- B) Anamnèse (familiale, obstétricale)*

*II/ Examen clinique en salle de naissance*

- A) Le Score d'Apgar*
- B) Savoir reconnaître pour alerter*

*III/ Examen clinique détaillé (Inspection/Palpation/Percussion/Auscultation)*

- A) Inspection*
- B) Palpation*
- C) Percussion*
- D) Auscultation*
- E) Évaluation neurologique détaillée*

*IV/ Dépistages systématiques en maternité*

*V/ À la sortie de la maternité et conclusion*

## PARTIE 2 : EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU NÉ

### I/ Anamnèse familiale, obstétricale

#### A) Introduction

- Il y a environ 830 000 naissances / an.
- De 0 à 28j on parle de nouveau-né
- À terme (âge gestationnel débute à partir du 1er jour DDR = 1er jour des dernières règles) : à partir de 37ème et avant 42ème semaine
- Post mature : AG > ou = à 42 semaines
- Prématuré : AGA < 37 semaines

#### B) Anamnèse (familiale, obstétricale)

Elle doit être systématique. Les sources d'informations sont les parents ainsi que l'examen du dossier obstétrical.

Elle a deux objectifs principaux :

1. Définir le terme théorique de la grossesse :
  - DDR : Imprécisions car les cycles sont irréguliers, la femme enceinte peut également avoir des métrorragies du 1er trimestre ce qui fausse la date des DDR
  - Echographie précise (12 SA - 14 SA) : calcul de la LCC (longueur crânio-caudale) qui va permettre une datation avec une faible marge d'erreur (1/2 semaine près)
2. Repérer les éléments susceptibles d'impacter le nouveau né dans : le contexte socio-économique, culturel, les ATCD familiaux, personnels maternels généraux et obstétricaux, les sérologie maternelles, le déroulement de la grossesse, l'accouchement. Le médecin va rechercher les facteurs de risques :
  - d'accouchement prématuré
  - d'infection du nouveau né
  - d'anomalie de croissance foetale (RCIU = retard de croissance intra-utérine)
  - de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine
  - de pathologie génétique

<u>Anamnèse familiale</u>	<u>Anamnèse obstétricale</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contexte socio-économique et culturel (<i>âge, profession, pays d'origine de la mère et du père; conditions de vie socio-économiques, environnementales, sanitaires...</i>)</li><li>• Antécédents familiaux (<i>consanguinité, arbre généalogique, fratrie, causes de décès éventuels...</i>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédents obstétricaux (<i>degré de parité, gestation, fausses couches ?</i>)</li><li>• Sérologies : <i>immunité antibactérienne (syphilis), virale (rubéole, HepB, HepC, VIH), parasitaire (toxoplasmose)</i></li><li>• Groupe sanguin, rhésus, RAI</li><li>• Déroulement de la grossesse</li><li>• Accouchement (<i>début du travail, voie basse/ césarienne, durée du travail, abondance et couleur du liquide amniotique...</i>)</li></ul>

## II/ Examen clinique en salle de naissance

**Premiers soins en salle de naissance :** Il faut tout d'abord sécher l'enfant comme prévention d'une hypothermie. Ensuite, il faut le mettre en peau à peau contre la poitrine de sa maman ou sur le côté en vérifiant sa respiration. Les premiers soins médicaux se font sur une table chauffante. On procède aussi aux soins du cordon ombilical : il s'agit de clamber le cordon ombilical à 2cm, et de désinfecter tout en vérifiant les 2 artères + 1 veine ombilicale. Enfin il faut prendre les mensurations et ne pas oublier le bracelet d'identification.

L'examen clinique en salle de naissance a pour objectifs :

- A. Évaluer la vitalité de l'enfant pour permettre la meilleure adaptation possible (+++ Score d'Apgar)
- B. Savoir reconnaître pour alerter = situations nécessitant une prise en charge spécialisée :
  - Biométries (eutrophe vs hypotrophie harmonieuse ou dysharmonieuse)
  - Évaluer la maturation (âge gestationnel), surtout si le terme est imprécis
  - Traquer le risque vital
  - Éliminer les malformations
  - Vérifier l'intégrité du système neuro sensoriel

### A) Le Score d'Apgar (+++ à connaître)

Ce score permet d'évaluer l'adaptation à la naissance. Son but est d'évaluer la vitalité et guider les manoeuvres de réanimation pour optimiser l'adaptation à la vie extra-utérine.

Il est coté à 1 minute, 3 min, 5 min et 10 min après la naissance.

**Si le bébé va bien : bonne adaptation cardia-respiratoire (Score >7). Si le score est <3 , on parle d'état de « mort apparente » => +++ URGENT.**

	0	1	2
Coloration	cyanose généralisée	cyanose localisée	rose
Coeur	0	< 100	> 100
Respiration	0	irrégulière	régulière
Réactivité	0	faible	cri
Tonus	nul	faible	normal

*Exemple : Le nouveau-né est rose, avec une fréquence cardiaque >100batt/min, il est réactif (cri) mais sa respiration est irrégulière et son tonus est faible : score = 8*

### B) Savoir reconnaître pour alerter = situations nécessitant une prise en charge spécialisée :

#### 1. Biométries de naissance :

Poids :

- Eutrophe : si son PN(poids à la naissance) est compris entre 2800 et 4000g à terme, = poids correct par rapport à l'âge gestationnel
- Hypotrophie : PN < 10ème percentile = RCIU (retard de croissance intra-utérin)
- Macrosome : PN > 90ème percentile

Périmètre crânien (PC) : il mesure environ 35cm. On peut l'estimer selon la formule suivante :  $T/2 + 10$  (T : terme)

- Microcéphale : PC < 10ème percentile
- Macrocéphale : PC > 90ème percentile

#### Petit tableau récapitulatif des biométrie de naissance :

	Eutrophe	RCIU harmonieux	RCIU dysharmonieux	Macrosome	Microcéphale
Poids	10 <sup>e</sup> -90 <sup>e</sup> Pe	<10 <sup>e</sup> Pe	< 10 <sup>e</sup> Pe	> 90 <sup>e</sup> Pe	
PC		<10 <sup>e</sup> Pe	10 <sup>e</sup> -90 <sup>e</sup> Pe		<10 <sup>e</sup> Pe

2. Évaluer la maturation (= évaluation âge gestationnel) :

Critères de maturation :

- Anténataux :
  - DDR
  - Echographie précise (12-14 SA) : LCC (longueur cranio-caudale)
- Après la naissance :
  - examen somatique et neurologique
  - +++ EEG

Critères morphologiques :

Cartilage des oreilles, mamelons, plis plantaires...=> cela va nous permettre de calculer le Score de Farr.

3. Manoeuvres de dépistage :

Dans la partie « savoir reconnaître pour alerter », on a évoqué les biométries, l'évaluation de la maturation. Maintenant, afin d'éliminer les malformations, traquer le risque vital ainsi que de vérifier l'intégrité du système neuro sensoriel, le pédiatre va procéder à un dépistage en salle de naissance puis un examen clinique plus détaillé.

Dépistage en salle de naissance : +++ perméabilité des orifices

En salle de naissance, on procède à la désobstruction des voies respiratoires, c'est à dire qu'on aspire de la bouche vers le cavum et les narines du pharynx. Cet examen est réalisé grâce au **test de la seringue (attention : ce test n'est plus systématique)**, qui consiste à insérer une sonde gastrique par la bouche et à progresser dans l'oesophage. Si on n'arrive pas à faire avancer la sonde, on suspecte une **atrésie de l'oesophage**. La fréquence de cette malformation est de 1/2500. Le dépistage est possible avant la naissance, mais il y a environ 30% de faux positifs, de ce fait le diagnostic doit être fait à la naissance. Le traitement est variable selon le type de l'atrésie. C'est une pathologie/pronostic sévère (surtout au niveau respiratoire).

D'autre part, on va vérifier :

- la perméabilité d'autres orifices comme : les choanes (à l'aide d'un miroir, fil de compresse, ou sonde nasopharyngée); l'anus (position? Perméabilité?strié?)
- la fréquence cardiaque et respiratoire
- la coloration (absence d'ictère et de pâleur) et la réactivité
- L'absence de souffle, perception de tous les pouls

### ***III/ Examen clinique détaillé (Inspection/Palpation/Percussion/Auscultation)***

Il se fait en salle de naissance. À J0 ou J1, à la sortie ou avant si moindre doute, en présence des parents dans une chambre à 21°C, entre 2 tétées, nu sur une table d'examen.

A) Inspection

1. Examen cutané

Il faut vérifier si la couleur est normale, c'est à dire rose-rouge (érythrosique). On parle de pathologie si l'enfant présente : une pâleur (anémie due à une hémolyse, vasoconstriction cutanée) ; cyanose avec ou sans polypnée, ictère (jaunisse, le plus souvent physiologique, pathologique avant J1 ou retardé) ; couleur grise = infection.

On inspecte ce qu'on appelle les téguments (=terme générique décrivant toutes les muqueuses et épithéliums qui recouvrent la surface des organes). On distingue :

- Le Vernix caseosa, c'est un enduit blanc graisseux recouvrant la peau dans les premières heures
- Lanugo : fin duvet au niveau des épaules, dos, front, temps (+++ chez les prématurés)
- Grains de milium : petits amas sébacés (nez, face)
- Erythème toxique : éruption transitoire de macules rouges
- Tâche mongoloïde : placard bleu-ardoisé (région lombo-sacrée)
- Angiomes plans (région médio-faciale) disparaissent le plus souvent avant 2ans

## 2. Autres examens

<u>TÊTE</u>	<u>ABDOMINAL</u>	<u>HANCHES</u>	<u>EXTRÉMITÉS</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Crâne</u> : bosse séro-sanguine (molle, superficielle, mal limitée, oedématiée); céphalématome (épanchement sanguin sous-périosté, limité par les sutures)</li> <li>• <u>Yeux</u> : œdème palpébral, angiomes plans des paupières, hémorragies sous-conjonctivales; pupilles</li> <li>• <u>Nez</u> : respiration nasale exclusive</li> <li>• <u>Cavité bucco-dentaire</u> : pas d'éruption dentaire (bourgeons gingivaux) fente vélo-palatine, vélaire</li> <li>• <u>Oreilles</u> : implantation des pavillons (haute, basse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Abdomen</u> plat (atrésie duodénale), distendu (occlusion basse)</li> <li>• Hernie ombilicale</li> <li>• <u>Cordon ombilical</u> (2artères/1veine), chute vers J7 (anormale &gt;J20)</li> <li>• <u>Pénis</u> : L&gt; 2cm</li> <li>• <u>Miction</u> normale en jet (<i>si l'enfant fait pipi goutte à goutte</i>: craindre valves de l'urètre postérieure)</li> <li>• <u>Testicule</u> : ectopie testiculaire, (si bilatérale : rechercher un trouble de différenciation sexuelle)</li> <li>• <u>Fille</u>: <u>petites lèvres et clitoris</u>: souvent hypertrophiés; sécrétions blanchâtres possibles</li> </ul>	<p><u>Manœuvre de Barlow et Ortolani</u>: recherche d'un ressaut : hanche luxée ou potentiellement luxable (faire une écho)</p>	<p><u>Main</u> : doigt surnuméraire ?</p> <p><u>Mains, pieds</u> : syndactylies (=accolement de deux ou plusieurs doigts)</p> <p><u>Vérifier les pieds</u> : « mal-oposition » des pieds (varus par exemple signifie que les pieds sont en-dedans)</p>

**Examen respiratoire (+++) :**

- Respiration spontanée : Fréquence respiratoire : N = 30-50 si à terme, 40-60 si prématuré
- Travail respiratoire : sévérité = **score de Silverman** (moyen mémo : « BB tire en geignant »)

Ce tableau sur le score de Silverman : +++ à savoir

	0	1	2
Balancement thoraco-abdo	Absent	Respi abdominale	Respi paradoxale
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Tirage intercostal	Absent	Discret	Intense
Entonnoir xiphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Stétho	Audible, continu

	Normal	Pathologique	
		Obstacle sur les voies aériennes <b>supérieures</b>	Obstacle sur les voies aériennes <b>inférieures</b>
Temps inspiratoire et expiratoire	Ti < Te	Ti allongé	Te allongé
Signes de lutte respiratoire?	Non	Oui : hauts (battement ailes du nez, tirage, sussternal)	Oui : hauts et bas (tirage intercostal, balancement thoracoabdominal)
Normal	Pathologique		
	Atteinte des voies aériennes <b>supérieures (ORL)</b>	Atteinte des voies aériennes <b>inférieures (pneumo)</b>	
Murmure vésiculaire Bien perçu et symétrique	Murmure vésiculaire bien perçu ou diminué, symétrique	Murmure vésiculaire bien perçu ou diminué, symétrique/asymétrique	
Pas de bruits surajoutés	Stridor	Wheezing Ronchi, crépitants, sibilants	

## B) Palpation

<u>examen cardiovasculaire</u>	<u>examen abdominal</u>
<p>=&gt; Palpation des pouls fémoraux et huméraux</p> <p><b>Révèle une pathologie si :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pouls hyper pulsatiles (signe de la persistance du canal artériel)</li><li>- pouls fémoraux absents ou diminués par rapport aux pouls huméraux (signe de coarctation de l'aorte)</li></ul> <p>=&gt; Mesurer la PA (brassard adapté) : PA systolique normale = 60-85mmHg (PAM= 40 mmHg)</p> <p>=&gt; Fréq cardiaque = 80-180 batt/min</p>	<p><u>Foie</u>: situation normale : consistance molle, bord inférieur 1 à 2 cm sous le rebord costal</p> <p><u>Rate non palpée</u></p> <p><u>Reins</u> (rein gauche plus facilement palpable) recherche d'une masse ou d'une zone douloureuse</p> <p><u>Orifice herniaire inguinal</u> (hernie du testicule, ovaire)</p> <p><u>OGE (organes génitaux externes)</u> : cryptorchidie, ectopie testiculaire, hydrocèle vaginale (présence d'eau)</p>

## C) Percussion

On effectue une percussion à deux doigts pour :

- L'examen pulmonaire : recherche d'une matité si épanchement pleural liquidien
- L'examen abdominal : appréciation du bord supérieur du foie

## D) Auscultation

L'auscultation se fait avec un stéthoscope de faible diamètre et réchauffé (question de confort). Chez l'enfant, la FC est audible au niveau de la fontanelle : on recherche un souffle du sinus longitudinal supérieur.

Auscultation pulmonaire : bruits surajoutés : râles crépitant (retard de résorption de liquide alvéolaire)

Auscultation cardiaque : FC entre 100-160/min (200 si cri)

Concernant les souffles (auscultations aux mêmes foyers que chez l'adulte) :

- le plus souvent systoliques
- Inorganique (souffle systolique peu intense, pas de signes d'insuffisance cardiaque et pouls fémoraux présents)
- Parfois organiques (systoliques intenses > 3/6; diastolique; systolo-diastolique = continu: canal artériel; signes d'insuffisance cardiaque ; pouls fémoraux diminués ou absents + souffle systolique : coarctation ? )



## E) Evaluation neurologique détaillée du nouveau-né

L'étude du développement psychomoteur du nouveau-né se compose en 3 parties :

- L'exploration du suivi oculaire et réaction aux bruits, comportement/interactions (NEUROSENSORIEL)
- L'exploration des acquisitions motrices et posturales (motricité spontanée; tonus périphérique et central; tonus actif/passif)
- L'exploration des réflexes archaïques

### 1. Examen neurosensoriel :

#### • Vision :

- Morphologie de l'oeil : taille, coloration, reflets pupillaires centrés ?
- Orientation vers la lumière douce
- Poursuite oculaire : horizontale et verticale
- Regard vif

#### • Audition, réaction aux stimuli sonores :

- sursaut, grimace, réflexe cochléopalpébral, pleure s'il était calme ou arrêt de pleurer, modification du rythme de succion déglutition

=> atteinte morphologique et/ou fonctionnelle de l'organe sensoriel OU atteinte cérébrale (intégration du signal sensoriel)

- Comportement : se calme facilement/hyperexcitable (écouter le cri du nouveau né)

### 2. Acquisitions motrices et posturales

#### • Motricité spontanée : inspection

- Position de repos spontanée, gesticulation spontanée
- Normale : harmonieuse, riche et variée, symétrique
- Pathologique : saccadée, mouvements anormaux, pauvre et/ou stéréotypée, asymétrique
- Mimique
- Regard

=> Examen normal si : position de repos spontanée en quadriflexion et symétrique; gesticulation spontanée riche, harmonieuse et symétrique; mimique expressive, riche, symétrique; regard vif.

- Tonus périphérique et central, actif et passif = contractilité et extensibilité des muscles périphériques et du tronc :

=> Tonus normal à terme +++ : voir tableau

	Tonus actif (contractilité)	Tonus passif (extensibilité)
Axial	Tiré assis : passage de la tête dans l'axe	Flexion > Extension (car extension est limitée)
Périphérique	Redressement complet et dans l'axe sur les membres inférieurs  Retour en flexion des mb sup vif, reproductible, symétrique	Foulard < ligne médiane  Poplité 90°  Talon oreille impossible

De 1 à 2 ans, ce tonus va se modifier :

Au niveau des membres : diminution de l'hypertonie périphérique (membres sup puis inf)

Au niveau de l'axe : augmentation du tonus axial (tronc) de la tête vers les pieds pour permettre la marche

=> Ces modifications permettent à l'enfant d'acquérir successivement la station assise (6-9 mois) puis debout (12-18mois).

Tonus actif (+++):

- définition : renforcement du tonus axial de la tête vers les pieds.
- évaluation (+++) : manoeuvre du tiré assis (le bébé doit maintenir sa tête dans l'axe = contraction des fléchisseurs de la tête), redressement des membres inférieurs et réactions posturales lorsqu'on met l'enfant sur le côté

Tonus passif (+++):

- définition : hypertonie périphérique (des membres)
- évaluation/mesures (mesures d'angles d'ouverture et de fermeture de différentes articulations):
  - \* manoeuvre du foulard : coude qui n'atteint pas la ligne médiane
  - \* angle poplité à 90° : fléchir le genoux sur le ventre, hyperflexion
  - \* tonus des adducteurs : angle de 30° formé par les jambes écartées
  - \* angle de dorsi-flexion du pied : 0° (le dos du pied du nouveau né à terme touche la jambe)

### 3. Les réflexes archaïques (+++):

Ils sont présents chez le nouveau-né à terme. Leur absence en dehors de toute imprégnation médicamenteuse est pathologique. Ils doivent disparaître entre 2 et 6 mois (Grasping pathologique après 6mois)

Acquisition, de haut en bas (à l'inverse du tonus):

- Succion (intense, rythmé, sans fatigue ni changement de teint)
- Points cardinaux
- Grasping (MS) = préhension des doigts et des orteils
- MORO : extension, retour en flexion, (cris):
  - 1) élicité en créant une angulation nuque-tronc
  - 2) réponse des membres supérieurs en extension, abduction avec ouverture des mains
- Allongement croisé
- Marche automatique et enjambement

Evaluation neurologique	Elements pathologiques d'alerte !
NEUROSENSORIEL : Suivi oculaire et réaction aux bruits, comportement/interactions	<ul style="list-style-type: none"><li>- Microcéphalie congénitale</li><li>- Absence de réaction au bruit</li><li>- Mauvais contact oculaire</li><li>- Pleurs incessants</li></ul>
ACQUISITIONS MOTRICES ET POSTURALES : <ul style="list-style-type: none"><li>- Tonus périphérique et central</li><li>- Tonus actif/passif</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hypotonie axiale ou opisthotonos</li><li>- Poings fermés en permanence pouces dans les paumes</li><li>- Gesticulation nettement asymétrique ou très pauvre</li></ul>
REFLEXES ARCHAÏQUES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Succion absente, pauvre, inefficace</li><li>- MORO asymétrique</li></ul>

#### **IV/ Dépistages systématiques en maternité (+++) :**

On va procéder à divers dépistages comme :

- Le dépistage de la surdité (OEA/PEA = oto-émissions acoustiques)
- Test de GUTHRIE entre H72 et J5 : *(c'est un papier buvard avec des petits ronds, on fait des prélèvements capillaires, on remplit les petits ronds de sang; 10 ronds pour faire 5 dépistages qui sont +++ à connaître) :*
  - Mucoviscidose (TIR)
  - Hypothyroïdie (TSH)
  - Phénylcétonurie (Phénylalanine)
  - Hyperplasie congénitale des surrénales (17OHP)
  - Drépanocytose (ce dépistage n'est pas réalisé chez tous les nouveaux nés, mais +++ ) une population à risque : population du bassin méditerranéen).

*Il y a obligation de proposer ce test; mais non obligatoire pour les familles. Il y a aussi la nécessité de signatures parentale (par exemple : pour les études génétiques de la mucoviscidose si TIR élevée). Si on trouve une anomalie : adressage au centre de référence et obligation de test diagnostique.*

*=> Ces 5 pathologies sont des pathologies où + le diagnostic se fait tôt, + la prise en charge et rapide et on peut donc mieux contrôler les complications de ces affections (on les traite mais on ne les soigne pas)*

#### **V/ À la sortie de la maternité et conclusion :**

- Examen du nouveau-né
- Carnet de santé rempli
- Entretien avec les parents pour :
  - répondre à leurs questions
  - leur donner des conseils de puériculture (couchage, alimentation)
  - planifier le suivi (fonction des conditions sociofamiliales, relation parent/enfant; des pathologies éventuelles diagnostiquées)

=> EN CONCLUSION :

- La connaissance des ATCD familiaux et de l'anamnèse obstétricale est indispensable avant d'examiner un nouveau-né
- Connaître l'examen clinique normal du nouveau-né à terme
- Savoir évaluer la maturation du nouveau-né et donc les caractéristiques cliniques, morphologiques du nouveau-né à terme
- Connaître les examens de dépistage réalisés au nouveau-né

QCM d'entraînement :

Réponses : 1 : 3

2 : 2,4

3 : 1,2,4

4 : 3,4, 5

5 : 2, 4

6 : 1, 5

7 : 1, 2, 3

instrumentale par ventouse. A cinq minutes de vie, on constate les paramètres cliniques suivant : fréquence cardiaque à 180/min, cyanose des extrémités, ventilation irrégulière, absence de réaction à la stimulation, discrète flexion des membres. Quel est le score d'Apgar chez ce nouveau-né ?

1. 3
2. 4
3. 5
4. 6
5. non calculable

**QCM 2-** Après avoir signé le papier buvard, les parents vous demandent quelle est (sont) la (les) maladies dépistés par le test du Guthrie. Que répondez-vous ?

1. Drépanocytose systématiquement.
2. Phénylcétonurie
3. Hyperthyroïdie congénitale
4. Hypothyroïdie congénitale
5. Hypoplasie congénitale des surrénales

**QCM 3-** Citez les réflexes archaïques que vous devez rechercher chez un nouveau-né à terme?

1. MORO
2. Marche automatique
3. Signe du foulard
4. Succion
5. Palpation de la fontanelle antérieure

**QCM 4-** Quels sont les dépistages systématiques réalisés en salle de naissance au 1<sup>er</sup> jour de vie?

1. Test de Guthrie
2. Test à la seringue
3. Perméabilité de l'anus
4. Perméabilité des choanes
5. Auscultation cardiaque

**QCM 5-** Quel(s) est(sont) le(s) dépistage(s) systématique(s) à réaliser en salle de naissance?

1. Test de Guthrie
2. Perméabilité des choanes
3. Perméabilité de l'œsophage
4. Perméabilité anale
5. Glycémie capillaire

**QCM 6-** Quelle est la coloration normale d'un nouveau-né à terme ?

1. Erythrosique
2. Pale
3. Ictérique
4. Cyanosé
5. Recouvert de vernix caseosa

**QCM 7-** Parmi les conseils suivants, le(s)quel(s) donnez-vous à la sortie de la maternité aux parents d'un enfant né à terme pour limiter le risque de mort subite à domicile ?

1. Une fièvre survenant avant 1 mois nécessite une consultation dans les 24h.
2. Le tabagisme passif est à éviter.
3. La température de la chambre du nouveau-né doit être entre 19 et 20°C.
4. Il faut éviter d'emmener le nouveau-né à l'extérieur.
5. Le couchage doit être réalisé sur le côté.

