Sensibilisation Rh (RH)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP)	
Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DE LA SENSIBILISATION Rh

Déclarer tout nourrisson âgé de 60 jours ou moins atteint de sensibilisation Rh(D) qui respecte TOUS les critères suivants :

- La mère est Rh négatif (D négatif).
- La mère obtient un dépistage des anticorps positifs anti-D. Il doit s'agir d'une allo-immunisation anti-D et non d'anticorps anti-D passifs provenant de l'immunoglobuline Rh (RhoGAM).
- Le sang du cordon ou le groupe sanguin du nourrisson est Rh positif (D positif).

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

A. Nourrisson

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ Heure de la naissance : __ __ h __ __
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin___ Féminin___

B. Mère du nourrisson

1.3 Lieu de résidence (province ou territoire) : _____

1.4 Immigration au Canada? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, pays d'origine : _____

Date de l'arrivée : ____ /____ /_____ Âge à l'arrivée : _____
JJ MM AAAA

1.5 Âge à l'accouchement (en années) : _____

1.6 Ethnie **(cochez toutes les réponses applicables) :**

___Arabe
___Japonaise
___Première nation
___Asiatique du Sud-Est (p. ex. : vietnamienne, cambodgienne, malaisienne, laotienne)
___Noire
___Coréenne
___Inuite
___Sud-asiatique (p. ex. : bangladaise, pendjabie, sri-lankaise)
___Chinoise
___Latino-américaine
___Métisse
___Asiatique occidentale (p. ex. : afghane, assyrienne, iranienne)
___Philippine
___Blanche
___Inconnue
___Autre, précisez : _____

1.7 Gravida : _____ Para : _____

Avortements – Spontanés? Oui___; nombre _____ Non___ Inconnu___

Thérapeutiques? Oui___; nombre _____ Non___ Inconnu___

1.8 Statut Ag HBs de la mère : Positif___ Négatif___ Inconnu___

1.9 Anticorps dans le sang de la mère : Négatif___ Positif___, précisez : _____ Inconnu___

1.10 Prophylaxie Rh lors d'une grossesse précédente (y compris en cas de fausse couche ou d'autre intervention)?

Oui___ Non___ Inconnu___

1.11 Amniocentèse pendant cette grossesse? Oui___ Non___ Inconnu___

1.12 Choriocentèse pendant cette grossesse? Oui___ Non___ Inconnu___

1.13 Amniocentèse lors d'une grossesse précédente? Oui___ Non___ Inconnu___

1.14 Choriocentèse lors d'une grossesse précédente? Oui___ Non___ Inconnu___

1.15 Transfusions en tout temps avant la naissance du bébé? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, où? _____

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

		Oui	Non	Inconnu
2.1	Consanguinité?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
2.2	Mort(s) précoce(s) du(de) nourrisson(s) avant l'âge d'un mois?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez la raison : _____			
2.3	Membre de la fratrie présentant un ictère néonatal?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez la raison : _____			
	2.3.1 Photothérapie?	___	___	___
	2.3.2 Exsanguinotransfusion?	___	___	___
2.4	Antécédents familiaux de déficit en G6PD ou membre de la fratrie ayant un tel déficit?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
	Taux de déficit en G6PD : Moyen___ Faible___ Très faible___ Inconnu___			
2.5	Autre maladie hémolytique du nouveau-né?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez le membre de la fratrie ou de la famille : _____			

SECTION 3 – HISTOIRE MÉDICALE

3.1 Âge gestationnel à la naissance du nourrisson : _____ semaines terminées

3.2 Accouchement provoqué en raison d'une maladie du groupe Rh nul? Oui___ Non___

3.3 Type d'accouchement : Vaginal___ À l'aide d'instruments___ : Forceps___ Ventouses___ Césarienne___

3.4 Si l'accouchement s'est fait par césarienne, était-ce en raison d'une maladie du groupe Rh nul?
Oui___ Non___ Inconnu___

3.5 Indice d'APGAR à : 1 minute___ 5 minutes___ 10 minutes___

3.6 Poids à la naissance : _____ grammes Taille : _____ cm Circonférence crânienne : _____ cm

3.7 Manifestations d'anasarque fœto-placentaire? Oui___ Non___

3.8 Manifestations d'insuffisance cardiaque congestive du nourrisson? Oui___ Non___

3.9 Alimentation : Allaitement___ Biberon___ Rien pas voie orale (NPO)___

3.10 Âge à la présentation – si moins de 24 heures : _____ heures; autrement : _____ jours

3.11 Mois de la première consultation : _____

3.12 En cas de réadmission, date de la réadmission : ____ /____ /_____ Poids à la réadmission : _____ grammes
JJ MM AAAA

3.13 Signes neurologiques :

	Oui	Non	Inconnu		Oui	Non	Inconnu
Mauvais réflexe de succion				Hyperextension du cou (retrocolis)			
Hyperextension du tronc (opisthotonos)				Tonus musculaire augmenté			
Tonus musculaire diminué				Convulsions			
Niveau de conscience – précisez :							

3.14 Exposition à des drogues ou des médicaments :
Nourrisson : Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, précisez : _____
Mère : Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, précisez : _____
Infection pendant la période néonatale? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, précisez : _____

3.15 Mesurez-vous systématiquement la bilirubine sérique lors du test de dépistage du nouveau-né? Oui___ Non___

3.16 Les parents ou les tuteurs ont-ils reçu le nomogramme prédictif après la consignation du test de bilirubine sérique précédant le congé? Oui___ Non___

SECTION 4 – DONNÉES DE LABORATOIRE

4.1 Groupe sanguin de la mère : ABO ____ Rh ____; précisez s'il est déclaré comme : D faible ____ ou D partiel ____

4.2 Groupe sanguin du nourrisson : ABO ____ Rh ____ Test de Coombs : Direct (TDA) ____ Indirect (TIA) ____

4.3 Date de présentation : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

4.3.1 Hémoglobine : _____ Hématocrite : _____ Globules blancs : _____ Plaquettes : _____
Frottis sanguin : _____

4.3.2 Sodium sérique : _____ Azote uréique du sang (BUN) : _____ Créatinine : _____

4.3.3 Bilirubine totale : _____ µmol/L; Bilirubine conjuguée : _____ µmol/L; Bilirubine non conjuguée : _____ µmol/L

4.4 Bilirubine de pointe : _____ µmol/L le ____ /____ /_____
JJ MM AAAA
Âge – si moins de 24 heures : _____ heures; autrement : _____ jours

4.5 Résultats du G6PD : Positif___ Négatif___ Inconnu___
Si les résultats sont positifs, précisez le taux : Moyen___ Faible___ Très faible___

4.6 Fragilité osmotique? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative : normale___ anormale___

SECTION 5 – TRAITEMENT ET RÉSULTATS CLINIQUES

		Oui	Non	Inconnu
5.1	Durée de la photothérapie : _____ heures			
5.2	Exsanguinotransfusion?	___	___	___
	Dans l'affirmative, quand? ☐ *in utero* : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) ou ☐ après l'accouchement ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA)			
5.3	Administration d'IgIV?	___	___	___
	Dans l'affirmative, combien de doses? _____			
5.4	Autres transfusions?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
5.5	Convulsions?	___	___	___

5.6 État neurologique au congé : Normale___ Inconnu___
Atteinte auditive___ Atteinte oculaire___ Atteinte motrice___ Convulsions___

5.7 Résultat clinique : Congé à domicile___ Encore hospitalisé___
Décédé___ Âge au décès : _____ mois
Cause du décès : _____
Rapport d'autopsie : Oui___ Non___ En attente___

___ **J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.