

# Anémie ferriprive sévère chez les nourrissons et les jeunes enfants (AFS)

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa ON K1G 4J8  
Tél. : 613-526-9397, poste 239  
Télec. : 613-526-3332  
pcsp@cps.ca  
www.cps.ca

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport \_\_\_\_\_

Mois de déclaration \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Date du jour \_\_\_\_\_

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

### DÉFINITION DE CAS SUR L'ANÉMIE FERRIPRIVE SÉVÈRE CHEZ LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS

Déclarer tous les nourrissons et les jeunes enfants autrement en santé de six mois à 36 mois atteints d'une anémie ferriprive sévère définie comme :

une hémoglobine inférieure à 80 g/L et un faible volume globulaire moyen (VGM sous la normale par rapport à l'âge),  
**accompagnée d'au moins l'un des éléments suivants :**

- un faible taux de ferritine
- un faible taux de fer
- un taux élevé de récepteur de la transferrine
- un taux élevé de protoporphyrine érythrocytaire libre
- une correction de l'anémie par un traitement martial

#### Critères d'exclusion

- Maladie chronique qu'on sait associée à l'anémie
- Maladies associées à la malabsorption
- Pathologies associées au saignement pouvant, par exemple, être causé par un traumatisme, une opération ou de fréquentes prises de sang
- Hémoglobinopathie congénitale connue
- Troubles connus de la coagulation
- Perte de sang causée par une maladie aiguë ou chronique entraînant des saignements gastro-intestinaux

Mois de la première consultation \_\_\_\_\_

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date du diagnostic d'anémie ferriprive sévère (AFS) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

1.2 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 1.3 Sexe : Masculin \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

1.4 Trois premiers caractères du code postal de l'adresse à domicile : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

1.5 Où l'enfant a-t-il passé la plus grande partie de sa vie? Province ou territoire : \_\_\_\_\_  
Inconnu \_\_\_\_

1.6 La famille de l'enfant a-t-elle immigré au Canada? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez le pays : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée au Canada : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM AAAA

1.7 Est-ce que quelqu'un d'autre que le(s) parent(s) s'occupe de l'enfant?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Dans l'affirmative, précisez : Membre de la parenté (précisez ) \_\_\_\_\_

Personnel de milieu de garde \_\_\_\_

1.8 Ethnie – mère : Autochone \_\_\_\_ – si vous le savez : Premières nations \_\_\_\_ Innu \_\_\_\_ Inuit \_\_\_\_ Métis \_\_\_\_

Asiatique (précisez ) : \_\_\_\_\_ Noir \_\_\_\_ Blanc \_\_\_\_

Latino-américain \_\_\_\_ Moyen-oriental \_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_ Autre (précisez ) \_\_\_\_\_

**SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUE (suite)**

- 1.9 Ethnie – père : Autochone \_\_\_ – si vous le savez : Premières nations \_\_\_ Innu \_\_\_ Inuit \_\_\_ Métis \_\_\_  
 Asiatique (précisez) : \_\_\_\_\_ Noir \_\_\_ Blanc \_\_\_  
 Latino-américain \_\_\_ Moyen-oriental \_\_\_ Inconnu \_\_\_ Autre (précisez) \_\_\_\_\_
- 1.10 Quel est le niveau d'instruction le plus élevé de la mère de l'enfant?  
 École primaire \_\_\_ École secondaire \_\_\_ Collège ou université \_\_\_

**SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- |                                                                                                                               | Oui | Non | Inconnu |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|
| 2.1 Âge de la mère à l'accouchement : _____ ans                                                                               |     |     |         |
| 2.2 Âge gestationnel : _____ semaines                                                                                         |     |     |         |
| 2.3 L'enfant a-t-il d'autres troubles médicaux?<br>Dans l'affirmative, précisez : _____                                       | ___ | ___ | ___     |
| 2.4 L'enfant a-t-il des allergies, des intolérances ou des restrictions alimentaires?<br>Dans l'affirmative, précisez : _____ | ___ | ___ | ___     |
| 2.5 L'enfant prenait-il des médicaments au moment du diagnostic d'anémie?<br>Dans l'affirmative, précisez : _____             | ___ | ___ | ___     |

**SECTION 3 – ALIMENTATION ET ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Oui | Non | Inconnu |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|
| 3.1 Taille actuelle : ___ cm ou ___ pouces; poids : ___ kg ou ___ livres                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |         |
| 3.2 L'enfant a-t-il été allaité?<br>Dans l'affirmative, précisez la durée : _____ mois Exclusivement ___ Partiellement ___                                                                                                                                                                                                           | ___ | ___ | ___     |
| 3.3 Qu'est-ce qui décrit le mieux l' <b>alimentation courante au lait</b><br>(cochez toutes les réponses applicables) :                                                                                                                                                                                                              |     |     |         |
| 3.3.1 Allaitement maternel                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ___ | ___ | ___     |
| 3.3.2 Préparation lactée pour nourrisson<br>Dans l'affirmative, précisez :<br>Préparation à base de protéine de lait de vache et contenant du fer ___<br>sans suppléments de fer ___ préparation à base de protéine de soja ___<br>âge de début : _____ âge d'arrêt : _____<br>quantité par jour (en moyenne) : _____ mL ou _____ oz | ___ | ___ | ___     |
| 3.3.3 Lait de vache<br>Dans l'affirmative, précisez :<br>3,25 % ___ lait partiellement écrémé (1 % et 2 %) ___<br>âge de début : _____ âge d'arrêt : _____<br>quantité par jour (en moyenne) : _____ mL ou _____ oz                                                                                                                  | ___ | ___ | ___     |
| 3.3.4 Préparation de lait évaporé maison                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ___ | ___ | ___     |
| 3.3.5 Lait de chèvre<br>Aucun ___ Autre : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ___ | ___ | ___     |
| 3.4 L'enfant boit-il du jus?<br>Dans l'affirmative, âge de début : _____ âge d'arrêt : _____<br>Quantité par jour (en moyenne) : _____ mL ou _____ oz                                                                                                                                                                                | ___ | ___ | ___     |

**SECTION 3 – NUTRITION ET ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ (suite)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Oui | Non | Inconnu |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|
| 3.5 L'enfant boit-il du thé?                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ___ | ___ | ___     |
| 3.6 L'enfant utilise-t-il un biberon pendant la journée?<br>Dans la négative, âge d'arrêt : _____ mois;<br>jamais utilisé (passage du sein directement à la tasse) ___                                                                                                                                                | ___ | ___ | ___     |
| 3.7 L'enfant boit-il un biberon au lit?<br>Dans l'affirmative : occasionnellement ___ la plupart du temps ___                                                                                                                                                                                                         | ___ | ___ | ___     |
| 3.8 L'enfant boit-il à la tasse ou à la tasse à valve de contrôle de débit?<br>Dans l'affirmative, âge auquel il a commencé : _____ mois                                                                                                                                                                              | ___ | ___ | ___     |
| 3.9 Qu'est-ce qui décrit le mieux l' <b>alimentation solide actuelle</b> de l'enfant (cochez toutes les réponses applicables) :<br>Céréales ou purées commerciales pour les nourrissons ___<br>Âge de début des céréales _____<br>Âge d'arrêt des céréales _____<br>Alimentation familiale ___ Aucune ___ Inconnu ___ |     |     |         |
| 3.10 L'un des aliments suivants est-il consommé moins de cinq fois par semaine?<br>• Viande<br>• Céréales ou pain                                                                                                                                                                                                     | ___ | ___ | ___     |
| 3.11 Avant de diagnostiquer l'AFS, l'enfant prenait-il des suppléments de fer?                                                                                                                                                                                                                                        | ___ | ___ | ___     |
| 3.12 L'enfant avait-il ou a-t-il des caries dentaires?                                                                                                                                                                                                                                                                | ___ | ___ | ___     |
| 3.13 Pendant la grossesse, la mère :<br>• buvait-elle du lait de vache ou du lait de chèvre?<br>• a-t-elle reçu des suppléments de fer?                                                                                                                                                                               | ___ | ___ | ___     |
| 3.14 Après l'accouchement, la mère :<br>• buvait-elle du lait de vache ou du lait de chèvre?<br>• a-t-elle reçu des suppléments de fer?                                                                                                                                                                               | ___ | ___ | ___     |

**SECTION 4 – PRÉSENTATION**

- 4.1 Quels étaient les signes et symptômes révélateurs qui ont suscité la première formule sanguine? (cochez toutes les réponses applicables)  
 Maladie infectieuse \_\_\_ Prise de poids insuffisante \_\_\_ Manque d'énergie \_\_\_ Fièvre \_\_\_  
 Poids insuffisant \_\_\_ Retard de développement \_\_\_ Pâleur \_\_\_ Irritabilité \_\_\_ Systématique \_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – EXPLORATIONS À LA PRÉSENTATION**

Paramètres sanguins	Résultats avant le traitement (en unités)	Paramètres sanguins	Résultats avant le traitement (en unités)
Hémoglobine	_____	Protoporphyrine érythrocytaire libre	_____
VGM	_____	Numération des réticulocytes	_____
Plaquettes	_____	Autre _____	_____
Ferritine	_____	Autre _____	_____
Fer	_____	Autre _____	_____
Transferrine	_____	Autre _____	_____

**SECTION 6 – COMPLICATIONS**

- |                                                                                     | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Inconnu</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|
| 6.1 L'enfant avait-il des manifestations (cochez toutes les réponses applicables) : |            |            |                |
| 6.1.1 d'accidents vasculaires cérébraux?                                            | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative, décrivez _____                                                  |            |            |                |
| 6.1.2 d'insuffisance cardiaque?                                                     | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative, décrivez _____                                                  |            |            |                |
| 6.1.3 de retard du développement?                                                   | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative, décrivez : _____                                                |            |            |                |
| 6.1.4 autre _____                                                                   |            |            |                |

**SECTION 7 – PRISE EN CHARGE**

- |                                                                                                          | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Inconnu</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|
| 7.1 Veuillez décrire les mesures prises (cochez toutes les réponses applicables) :                       |            |            |                |
| 7.1.1 Prescription de suppléments de fer par voie orale                                                  | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative : dose _____ fréquence _____ durée _____ jours                                        |            |            |                |
| 7.1.2 Traitement ou recommandations alimentaires précises                                                | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative, précisez _____                                                                       |            |            |                |
| 7.1.3 Évaluation ou traitement au département d'urgence                                                  | ___        | ___        | ___            |
| 7.1.4 Hospitalisation                                                                                    | ___        | ___        | ___            |
| Dans l'affirmative, précisez la durée totale de l'hospitalisation : _____ jours                          |            |            |                |
| 7.1.5 Transfusion sanguine                                                                               | ___        | ___        | ___            |
| 7.1.6 Consultation avec un hématalogue pédiatre                                                          | ___        | ___        | ___            |
| 7.2 L'enfant a-t-il répondu au traitement en atteignant une Hb $\geq$ 80 g/L en l'espace de quatre mois? | ___        | ___        | ___            |

**SECTION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

\_\_\_ J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

\_\_\_ Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**