Hyperbilirubinémie néonatale grave (HNG2)

(Nourrissons de 60 jours ou moins)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 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	

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

DÉFINITION DE CAS DE L'HYPERBILIRUBINÉMIE NÉONATALE GRAVE

Déclarer les nourrissons de 60 jours ou moins présentant une hyperbilirubinémie non conjuguée :
1) dont la bilirubine totale sérique de pointe est supérieure à 425 µmol/L,
ou
2) qui ont subi une exsanguinotransfusion néonatale.

Critères d'exclusion

Les nourrissons qui ont subi une exsanguinotransfusion par suite d'une allo-immunisation (Rh) fœtomaternelle bien documentée ou ceux de moins de 35 semaines d'âge gestationnel.

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

A) Nourrisson

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

1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

B) Mère

1.3 Lieu de résidence de la mère (province ou territoire) : _____

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

1.5 Ethnie : Arabe ___ Noire ___ Chinoise ___ Philippine ___ Japonaise ___ Coréenne ___
Latino-Américaine ___ Sud-Asiatique (p. ex. : Bangladaise, Punjabie, Sri-Lankaise) ___
Asiatique du Sud-Est (p. ex. : Vietnamienne, Cambodgienne, Malaisienne, Laotienne) ___
Asiatique occidentale (p. ex. : Afghane, Assyrienne, Iranienne) ___ Blanche ___
Première nation ___ Inuite ___ Métise ___ Autre (précisez) _____ Inconnue ___

1.6 Grossesse : Gravide ___ Pare ___
Avortements – Spontanés : Oui ___ Non ___ Inconnu ___ Nombre _____
– Thérapeutiques : Oui ___ Non ___ Inconnu ___ Nombre _____

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

		Oui	Non	Inconnu
2.1	Consanguinité?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
2.2	Décès précoce d'autre(s) nourrisson(s)?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (suite)

		Oui	Non	Inconnu
2.3	Membre de la fratrie ayant présenté une jaunisse néonatale?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
	2.3.1 Photothérapie?	___	___	___
	2.3.2 Exsanguinotransfusion?	___	___	___
2.4	Antécédents familiaux ou autre enfant ayant reçu un diagnostic de déficit en G6PD?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____			
	Taux de G6PD : Moyen ___ Faible ___ Très faible ___			
2.5	Autre maladie hémolytique néonatale?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez le membre de la fratrie ou de la famille : _____			

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

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

3.2 Type d'accouchement : Vaginal ___ Avec instruments – Forceps ___ Vacuum ___ Césarienne ___

3.3 APGAR à 1 minute _____ 5 minutes _____ 10 minutes _____

3.4 Poids à la naissance _____ grammes Taille _____ cm Circonférence crânienne _____ cm

3.5 Alimentation : Sein ___ Préparation ___ Rien par voie orale ___

3.6 Âge à la présentation : si <24 h _____ heures; autrement _____ jours

3.7 Date de la réadmission, s'il y a lieu : ____ /_____ /_____ Poids à la réadmission : _____ grammes
JJ MM AAAA

Alimentation : Sein ___ Préparation ___ Rien par voie orale ___

3.8 Signes neurologiques :

	Oui	Non	Inconnu		Oui	Non	Inconnu
Succion déficiente				Hyperextension de la tête (rétrocolis)			
Hyperextension du tronc (opisthotonos)				Tonus musculaire accru			
Tonus musculaire réduit				Convulsions			
Niveau de conscience – précisez :							

3.9 Exposition à des médicaments :

- Nourrisson – Oui ___ Non ___ Inconnu ___
  Dans l'affirmative, précisez : _____
- Mère – Oui ___ Non ___ Inconnu ___
  Dans l'affirmative, précisez : _____

3.10 Infection pendant la période néonatale? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, précisez : _____

3.11 Lieu de naissance : Domicile ___ Hôpital ___ Centre des naissances ___

3.12 Ce nourrisson a-t-il subi un dosage de bilirubine pendant ses 72 premières heures de vie? Oui ___ Non ___
Dans l'affirmative, précisez le taux _____ Heures de vie à l'exécution ____ Sérique ____ Transcutané ____

3.13. Respectez-vous systématiquement les lignes directrices de la SCP? Oui ___ Non ___

SECTION 4 – DONNÉES DE LABORATOIRE

4.1 Groupe sanguin de la mère : ABO ____ Rh ____ Anticorps maternels : _____

4.2 Groupe sanguin du nourrisson : ABO ____ Rh ____ Coombs : Direct ____ Indirect ____

SECTION 4 – DONNÉES DE LABORATOIRE (suite)

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

4.3.1 Hb _____ Hématocrite _____ Leucocyte _____ Plaquettes _____

4.3.2 Frottis _____

4.3.3 Sodium sérique _____ Azote uréique sanguin _____ Créatinine _____

4.3.4 Bilirubine _____ μmol/L

4.3.5 Bilirubine conjuguée _____ μmol/L

4.3.6 Bilirubine non conjuguée _____ μmol/L

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

4.5 Résultats du G6PD : Positif ___ Négatif ___ Inconnu ___

S'il est positif, taux : Moyen ___ Faible ___ Très faible ___

4.6 Fragilité osmotique? Oui ___ Non ___ Inconnu ___ Dans l'affirmative : Normal ___ Anormal ___

SECTION 5 – TRAITEMENT ET ISSUE

		Oui	Non	Inconnu
5.1	Durée de la photothérapie : _____ heures			
5.2	Exsanguinotransfusion?	___	___	___
5.3	Autres transfusions?	___	___	___
5.4	Convulsions?	___	___	___

5.5 Statut neurologique au congé : Normal ___ Inconnu ___

Perte d'acuité auditive ___ Perte de vision ___ Anomalie motrice ___ Convulsions ___

Cause du décès : _____

Rapport d'autopsie : Oui ___ Non ___ En attente ___

		Oui	Non
5.6	Vérifiez-vous systématiquement le taux de bilirubine de tous les nouveau-nés?	___	___
5.7	Mesurez-vous systématiquement la bilirubine sérique lors du test de dépistage du nourrisson?	___	___
5.8	Donnez-vous systématiquement des directives de suivi de la jaunisse aux parents avant le congé?	___	___

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.