

Microcéphalie grave (MG)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 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	_____

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

DÉFINITION DE CAS DE LA MICROCÉPHALIE GRAVE

Déclarer tout nouveau patient de moins de 12 mois ayant une circonférence crânienne de moins de trois écarts-types sous la moyenne par rapport à l'âge gestationnel et au sexe, d'après les paramètres de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé.

- Nourrisson à terme de sexe féminin ayant une circonférence crânienne inférieure à 30,3 cm
- Nourrisson à terme de sexe masculin ayant une circonférence crânienne inférieure à 30,7 cm
- Nourrisson prématuré (de moins de 38 semaines d'âge gestationnel), conformément aux normes de l'étude intercroissance annexées au protocole et au questionnaire (en anglais seulement)

Date du premier rendez-vous : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE NOURRISSON

- 1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____ 1.2 Sexe : Masculin ____ Féminin ____ Ambiguïté sexuelle ____
JJ MM AAAA
- 1.3 Âge gestationnel à la naissance : ____ semaines
- 1.4 Type d'accouchement : Unique ____ Gémellaire ____ Autre naissance multiple ____ Ordre de naissance : ____ n.a. ____
- 1.5 **Taille (cm)** **Poids (g)** **Circonférence crânienne (cm)**
À la naissance : _____ À la naissance : _____ À la naissance : _____
Au rendez-vous : _____ Au rendez-vous : _____ Au rendez-vous : _____
- 1.6 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) :
Première nation ____ Innue ____ Inuite ____ Métisse ____ Chinoise ____ Japonais ____ Autre orientale ____
Indienne orientale ____ Noire ____ Blanche ____ Latino-américaine ____ Moyen-orientale ____
Autre, précisez : _____ Inconnue ____
- 1.7 Diagnostic confirmé (cause connue de microcéphalie) : _____
- 1.8 Si le diagnostic n'est pas encore confirmé, y a-t-il une cause principale présumée?
Infection ____ Génétique ____ Ischémique ____ Inconnu ____ Autre : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- | 2.1 Caractéristiques cliniques | Oui | Non | Inconnu | Date ou âge du diagnostic |
|--|------|------|---------|---------------------------|
| Dysmorphie | ____ | ____ | ____ | _____ |
| <i>Dans l'affirmative, précisez : _____</i> | | | | |
| Anomalies intracrâniennes | ____ | ____ | ____ | _____ |
| <i>Dans l'affirmative, précisez : Calcifications ____ Gyration simplifiée ____ Malformation crânienne ____</i> | | | | |
| <i>Autre : _____</i> | | | | |
| <i>Précisez le test : Échographie ____ Tomodensitométrie ____ IRM ____ Autre : _____</i> | | | | |
| Convulsions | ____ | ____ | ____ | _____ |
| Disproportion crâniofaciale | ____ | ____ | ____ | _____ |
| Anomalies oculaires | ____ | ____ | ____ | _____ |
| <i>Dans l'affirmative, précisez : _____</i> | | | | |

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (suite)

2.1 Caractéristiques cliniques (suite)	Oui	Non	Inconnu	Date ou âge de diagnostic
Atteinte auditive	___	___	___	_____
<i>Dans l'affirmative, précisez le degré :</i> _____				
Spasticité	___	___	___	_____
Hypotonie	___	___	___	_____
Éruption	___	___	___	_____
Hépatosplénomégalie	___	___	___	_____
Contractures articulaires	___	___	___	_____
Système pileux inhabituel	___	___	___	_____
Autres caractéristiques cliniques anormales _____				

2.2 Le patient a-t-il réalisé ses étapes du développement dans les domaines suivants, en fonction de leur âge ou de leur âge gestationnel corrigé?

Motricité brute	Oui ___	Non ___	n.a. ___ (précisez ci-dessous)	Inconnu ___
Motricité fine	Oui ___	Non ___	n.a. ___ (précisez ci-dessous)	Inconnu ___
Socialisation	Oui ___	Non ___	n.a. ___ (précisez ci-dessous)	Inconnu ___
Langage	Oui ___	Non ___	n.a. ___	

Précisez : _____

2.3 Renseignements au sujet de la grossesse

Renseignements sur les grossesses antérieures : P ___ G ___

	Oui	Non	Inconnu	Date ou âge de diagnostic
Hypertension	___	___	___	_____
Diabète gestationnel	___	___	___	_____
<i>Dans l'affirmative, le diabète de la mère était :</i>				
bien contrôlé ___ mal contrôlé ___ contrôlé seulement par la diète ___ contrôlé grâce à l'insuline ___				
Diabète prégestationnel	___	___	___	_____
Traumatisme abdominal	___	___	___	_____
Phénylcétonurie élevée de la mère	___	___	___	_____
Grave malnutrition	___	___	___	_____
Résultats échographiques anormaux	___	___	___	_____
Insuffisance placentaire	___	___	___	_____
Maladie du groupe Rh	___	___	___	_____
Autres complications de la grossesse	___	___	___	_____
Précisez les maladies chroniques de la mère : _____				

Précisez les médicaments (prescrits, en vente libre) utilisés pendant la grossesse : _____

Précisez les médicaments (prescrits, en vente libre) utilisés trois mois avant la grossesse : _____

2.3.1 Exposition pendant la grossesse

La mère a-t-elle fumé pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la consommation précise : _____

La mère a-t-elle consommé de l'alcool pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la consommation précise : _____

La mère a-t-elle consommé des drogues pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la consommation précise : _____

La mère a-t-elle été exposée à des tératogènes pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez le tératogène et la quantité d'exposition : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (suite)**2.4 Renseignements sur l'accouchement**

Âge de la mère à l'accouchement : _____ ans

Mode d'accouchement : Accouchement spontané par voie vaginale _____ Accouchement assisté par voie vaginale _____

Césarienne _____

Si l'accouchement a eu lieu par césarienne, expliquez les indications : _____

Indices d'APGAR : 1 minute _____ 5 minutes _____ 10 minutes _____

2.5 Bilan diagnostique

Caryotype : Oui _____ Non _____ Résultat : _____ [] s'il est en attente

Micro-réseau à ADN : Oui _____ Non _____ Résultat : _____ [] s'il est en attente

Test génétique spécifique : Oui _____ Non _____ Résultat : _____ [] s'il est en attente

Imagerie cérébrale : Échographie _____ Tomodensitométrie _____ IRM _____

Résultats et principales constatations : _____

Électroencéphalogramme : Oui _____ Non _____ Résultat : _____ [] s'il est en attente

Dépistage TORCH : Oui _____ Non _____

S'il était positif, précisez l'infection : Toxo _____ Rubéole _____ CMV _____ Herpès _____ VVZ _____ Zika _____

Syphilis _____ Autre, précisez : _____

Examens de laboratoire (à part pour la syphilis)

	Non effectué	Normal	Résultat	Date du test : MM / AAAA
PCR	_____	_____	_____	_____
IgM	_____	_____	_____	_____
IgG	_____	_____	_____	_____
PRNT	_____	_____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____	_____	_____

Autre élément diagnostique : _____

Examen de laboratoire (syphilis seulement)

Test tréponémique (précisez) : _____ Non effectué _____ Positif _____ Négatif _____

Test tréponémique (précisez) : _____ Non effectué _____ Positif _____ Négatif _____

Test tréponémique (précisez) : _____ Non effectué _____ Positif _____ Négatif _____

Test non tréponémique : Non effectué _____ Positif _____ S'il est positif, titrage : _____ Négatif _____

Trimestre de l'infection TORCH : 1^{er} _____ 2^e _____ 3^e _____ Inconnu _____

Autre bilan diagnostique, précisez : _____

2.6 Antécédents de voyages

La mère ou le père s'est-il rendu dans d'autres pays pendant la grossesse ou dans les trois mois précédant la conception?

Mère : Oui _____ Non _____ Inconnu _____*Dans l'affirmative,*

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Une maladie s'est-elle déclarée pendant le voyage? Oui _____ Non _____ Inconnu _____

Diagnostic précis : _____ Diagnostic posé par : _____

Précisez : Fièvre _____ Éruption _____ Arthralgie ou arthrite _____ Conjonctivite _____ Myalgie _____ Céphalée _____

Douleur rétro-orbitaire _____ Prurit _____ Autre, précisez : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (suite)**2.6 Antécédents de voyages (suite)**

Père : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative,

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Pays : _____ Date approx. d'arrivée : _____ Date approx. de départ : _____

Une maladie s'est-elle déclarée pendant le voyage? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Diagnostic précis (s'il y a lieu) : _____ Diagnostic posé par : _____

Précisez : Fièvre ___ Éruption ___ Arthralgie ou arthrite ___ Conjonctivite ___ Myalgie ___ Céphalée ___

Douleur rétro-orbitaire ___ Prurit ___ Autre, précisez : _____

2.7 L'infection par le virus Zika a-t-elle été envisagée parmi les causes possibles de microcéphalie? Oui ___ Non ___*Dans l'affirmative, la mère a-t-elle subi des tests pour obtenir des preuves d'infection passée ou actuelle par le virus Zika?*

Oui ___ Non ___

*Dans l'affirmative, quel test a été effectué? _____ Résultat _____ Moment du test _____**Dans l'affirmative, le nourrisson a-t-il subi des tests pour obtenir des preuves d'infection passée ou actuelle par le virus Zika? Oui ___ Non ___ [] s'il est en attente**Dans l'affirmative, quel test a été effectué? _____ Résultat _____ Moment du test _____***SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX****3.1 Consanguinité des parents**Degré de relation : Aucun ___ 1^{er} ___ 2^e ___ 3^e ___ >3^e ___**3.2 Antécédents familiaux de microcéphalie : Oui ___ Non ___ Inconnu ___**

Antécédents familiaux d'autres anomalies congénitales : Aucuns ___ Inconnu ___ Précisez : _____

Antécédents familiaux de retards du développement : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez : _____

Antécédents de grossesses associées à des anomalies congénitales : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Antécédents de fausse couche : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Antécédents de mortinaissance : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

___ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.**___ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.****SECTION 4 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.