Mort inattendue du nourrisson et événements graves et apparents mettant en jeu le pronostic vital au début de la période postnatale (MIN)

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.cpsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la gestionnaire 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 MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ET D'ÉVÉNEMENTS GRAVES ET APPARENTS METTANT EN JEU LE PRONOSTIC VITAL AU DÉBUT DE LA PÉRIODE POSTNATALE

Signaler les nourrissons qui respectent **tous** les critères suivants :

- Au moins 35 semaines d'âge gestationnel
- Indice d'Apgar d'au moins 8 à cinq minutes de vie (si on le connaît)
- Arrêt cardiorespiratoire aigu et inattendu au cours des sept premiers jours de vie (le jour 1 correspondant au jour de l'accouchement)
- Décès ou soutien respiratoire mécanique sous hospitalisation, pendant au moins 12 heures

Mois de la première consultation :_____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Nouveau-né

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) Heure : _____ (Horloge de 24 h)

1.2 Gestation : _____ semaines _____ jours 1.3 Sexe : Masculin___ Féminin___

1.4 Poids à la naissance : _____ g

1.5 Gestation multiple : Oui___ Non___ Inconnu

Dans l'affirmative, jumeaux___ triplets___ Autre_____

Mère

1.6 Lieu de résidence (province ou territoire) :_____

1.7 Emploi :_____

1.8 Âge à l'accouchement : _____ans

1.9 Nombre de grossesses (y compris celle-ci) : ____ Naissances vivantes :____

1.10 Taille : _____cm Poids avant la grossesse : _____kg

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA MÈRE

		Oui	Non	Inconnu
2.1	La mère a-t-elle reçu les soins prénatals habituels?	___	___	___
2.2	La mère fumait-elle pendant la grossesse?	___	___	___
2.3	La mère prenait-elle des médicaments pendant la grossesse?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez_____			
2.4	La mère consommait-elle de la drogue pendant la grossesse?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez _____			
2.5	A-t-elle consommé de la drogue pendant les 12 heures précédant le collapsus?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez _____			

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA MÈRE (suite) **Oui Non Inconnu**

2.6 La mère consommait-elle de l'alcool pendant la grossesse? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, quelle quantité _____

2.7 Inquiétudes ou maladies pendant la grossesse (p. ex., diabète gestationnel, hypertension gestationnelle, jumeaux, RCIU, suivi par une équipe de grossesse à haut risque) : _____

_____

2.8 Antécédents familiaux à souligner (p. ex., consanguinité, décès néonatals ou de nourrissons antérieurs, maladie génétique) : _____

SECTION 3 – TRAVAIL, ACCOUCHEMENT ET SOINS POSTNATALS **Oui Non Inconnu**

3.1 Lieu de l'accouchement : Salle de travail___ Salle d'opération___

Centre de naissance___ Maison___ Autre_____ ___

3.2 Début du travail : Spontané___ Pas de travail___ Provoqué___ ___

3.3 Mode d'accouchement : Vaginal___ Vaginal assisté (vacuum/forceps)___ Césarienne___ ___

Durée de la deuxième phase : _____ heures

3.4 Y a-t-il eu des manifestations de détresse fœtale? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez_____

3.5 Présence de méconium dans le liquide amniotique? ___ ___ ___

3.6 Indice d'Apgar : _____ à 1 min _____ à 5 min

3.7 pH (artériel) du cordon_____ Excédent basique _____

3.8 Certains des actes médicaux suivants ont-ils été posés *à l'accouchement*? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :

Oxygène___ VPP au ballon et masque___ VPP par sonde trachéale___

Compressions thoraciques___ Adrénaline___

3.9 Le nourrisson avait-il des anomalies congénitales? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez_____

3.10 Mode d'alimentation : Sein___ Biberon___ Mixte___ ___

SECTION 4 – PRÉSENTATION

4.1 Date du collapsus : ____ /____ /_____ Heure : _____

JJ MM AAAA Horloge de 24 h

4.2 La mère a-t-elle reçu un analgésique ou un sédatif au cours des huit heures précédentes? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez le médicament et l'heure _____

4.3 Le nourrisson a-t-il reçu son congé de l'hôpital avant le collapsus ou le décès? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, date du congé : ____ /____ /_____

JJ MM AAAA

4.4 Dans les 24 heures précédant le collapsus, l'un des événements suivants s'est-il produit?

(Cochez toutes les réponses applicables) : Fièvre___ Vomissements___ Cyanose___

Alimentation insuffisante___ Difficulté à respirer___ Hypoglycémie___ Léthargie___

Apnée___ Autre, précisez_____ ___

4.5 Où le collapsus s'est-il produit?

Salle d'accouchement ___ Salle de soins postnatals ___ USIN___ Maison___ ___

Autre, précisez _____

4.6 Quand a-t-on établi pour la dernière fois avant le collapsus que le nourrisson allait bien?

_____ h / min avant le collapsus

4.7 Quelle est la dernière personne à avoir déterminé que le nourrisson allait bien? _____

SECTION 4 – PRÉSENTATION (suite)

4.8 Qui était dans la pièce au moment du collapsus? (Cochez toutes les réponses applicables)

Mère___ Père___ Infirmière___ Sage-femme___ Médecin___ Autre, précisez_____

4.9 La mère ou le père était-il endormi avant de trouver le nourrisson effondré? Oui___ Non___ Inconnu___

4.10 Qui a déterminé que le nourrisson s'était effondré?

Mère___ Père___ Infirmière___ Sage-femme___ Médecin___ Autre, précisez_____

4.11 Autres observations relatives à l'événement? _____

_____

4.12 Lieu et position du nourrisson au moment de la découverte : **Inconnu**

4.12.1 Dans les bras de quelqu'un ___ Sur le ventre ou la poitrine de quelqu'un___ Au sein ___

Au lit avec quelqu'un ___ Dans sa couchette ___ Autre, précisez_____ ___

4.12.2 Position du corps : Sur le ventre___ Sur le dos___ Du côté droit ___ Du côté gauche ___ ___

4.12.3 Position du visage : Vers le bas___ Vers le haut___ Vers la droite___ Vers la gauche___ ___

4.13 On pensait que le nourrisson était (cochez toutes les réponses applicables) :

En train de boire___ au sein___ au biberon___

Éveillé, mais pas en train de boire___ Endormi___ Dans l'heure suivant le boire___ ___

4.14 Combien d'épaisseurs de vêtements le nourrisson portait-il?_____ ___

4.15 Combien de couvertures couvraient le nourrisson?_____ ___

4.16 Objets près du visage du nourrisson (cochez toutes les réponses applicables) :

Aucun___ Peluches___ Bordure de protection___ Soutiens positionnels___ Oreiller___ ___

4.17 État au moment de la découverte (cochez toutes les réponses applicables) :

Mouvement respiratoire : Absent___ En détresse___ Normal___ ___

Fréquence cardiaque : Absente___ <100 ___ >100___ ___

Saturométrie : <60 ___ 60-80 ___ >80___ ___

4.18 Détails de la réanimation (cochez toutes les réponses applicables) :

VPP___ Intubation___ Compressions thoraciques___ Adrénaline___ ___

Délai avant la fréquence cardiaque >100 _____min Délai avant les premières respirations _____min

4.19 Réanimation réussie?

Oui, transfert à l'USIN___ Non, le nourrisson est décédé pendant la réanimation ou auparavant ___

SECTION 5 – PRISE EN CHARGE DES EXAMENS

5.1 Premiers gaz sanguins après la réanimation : Date ____ /____ /_____ Heure : _____

JJ MM AAAA Horloge de 24 h

Artériels___ Veineux___ Capillaires ___ Inconnu___

pH_____ pCO_2_____ Excédent basique_____ Bicarb_____ Lactate_____

5.2 Cause du collapsus (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Aucune cause déterminée

___ Suffocation accidentelle apparente pendant l'allaitement ou le contact peau contre peau

___ Infection, précisez l'organisme _____

foyer de l'infection (p. ex., sang, LCR, poumon, urine, peau) _____

___ Anomalie cardiaque, précisez_____

___ Trouble métabolique, précisez_____

___ Pathologie devant être opérée, précisez_____

___ Hémorragie ou infarctus cérébral, précisez_____

___ Autre, précisez_____

SECTION 5 – PRISE EN CHARGE DES EXAMENS (suite)

		Oui	Non	Inconnu
5.3	Durée totale sous respirateur : _____ heures			
5.4	Traitement inotrope – Dans l'affirmative, précisez la durée :_____	___	___	___
5.5	Hypothermie induite – Dans l'affirmative, précisez :_____	___	___	___

SECTION 6 – ISSUE

6.1 Atteinte multiorganique après le collapsus (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Respiratoire, précisez _____

___ Rénale, précisez _____

___ Cardiovasculaire, précisez _____

___ Encéphalopathie hypoxique-ischémique, précisez : Stade de Sarnat : 1___ 2___ 3___

___ Convulsions

___ Gastro-intestinale, précisez _____

___ Hématologique, précisez _____

6.2 Nombre de jours à l'USIN (y compris la date d'admission et de congé ou de décès) : ____ jours

6.3 Issue :

6.3.1 Décès – Âge au décès : _____heures

Le coroner ou le médecin légiste a-t-il été informé?	___	___	___
Y a-t-il eu autopsie?	___	___	___

Dans l'affirmative, résultats sommaires :_____

_____

6.3.2 A survécu, mais demeure hospitalisé ___

6.3.3 A survécu____ Date du congé : ____ /____ /_____ Heure : _____
JJ MM AAAA Horloge de 24 h

6.4 État neurologique (cochez toutes les réponses applicables) :

Normal au dernier examen___ Hypertonique___ Hypotonique___ Inconnu___

A besoin d'anticonvulsivants___ Aspiration___ Alimentation par sonde___

Autre, précisez _____

6.5 Autres renseignements :_____

_____

___ **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.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.