

FICHE de LIAISON *IMG – MIU - Mort-néonatale* - PMF-Bloc-Anatomo-pathologie (IMMPBA)

Etiquette Patient :

Date :

Référents médicaux :

Antécédents *maternels significatifs* :

Antécédents *obstétricaux* :

Grossesse actuelle ☐ Simple ☐ Gémellaire ☐ Triple

Motif de prise en charge ☐ MIU ☐ IMG / INDICATION

Renseignements *utiles à la recherche de la cause + données échographiques*

1. Diagnostic Anténatal

Faits :

Résultats :

- ☐ Trophoblaste
☐ Liquide Amniotique
☐ Sang Fœtal

.....
.....
.....

A faire d'ici l'accouchement :

Geste

☐ Trophoblaste

Fait le

Par

☐ Liquide Amniotique

.... / /

☐ Sang Fœtal

.... / /

☐ Conservation de la culture de l'amniocentèse : ☐ Oui

☐ Non

☐ Psychologue proposé au moment de l'annonce : ☐ Oui ☐ Non

Vu : ☐ Oui ☐ Non

2. Liaison PMF –BLOC

Proposition de voir l'enfant (≥15 SA hors curetage) ☐ Oui

☐ Non Par :

Vue de l'enfant souhaitée ☐ Oui

☐ Non

Prénom prévu ☐ Oui () ☐ Non

Habits donnés : par les parents ☐ Oui

par des associations ☐ Oui

Autopsie utile : ☐ Oui

☐ Non

Proposition faite : ☐ Oui

☐ Non Par :

Accord donné : ☐ Oui

☐ Non

Temps Cérébral : ☐ Oui

☐ Non

Devenir du corps envisagé :

3. PRELEVEMENTS A LA NAISSANCE (Bloc)

Identification de la Sage-femme : Nom du Médecin demandeur :

FŒTUS

demandé

réalisé

Caryotype / Prélèvement intracardiaque :

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui par : ☐ Non

Radiographie (étiquette au verso)

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui par : ☐ Non

Photographie scientifique :

☐ Oui ☐ Non

Traces familiales :

☐ Oui ☐ Non

Autopsie :	☐ Oui	☐ Non	
Conservation tissulaire de l'ADN	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui par : ☐ Non
Formolisation du cerveau	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui par : ☐ Non

PLACENTA

demandé

réalisé

Placento-culture	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui par : ☐ Non
Examen anatomopathologique	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui par : ☐ Non

4. Liaison BLOC -PMF

<u>Mode d'accouchement :</u>	☐ Voie basse	☐ Césarienne	Réalisée par :
☐ IMG	☐ Fœticide	☐ Mort in utéro	☐ Décès per partum :
Date :/...../.....			

Identification de l'enfant :

Nom :	Prénom :	N° de déclaration :
Date de naissance :/...../.....	Heure :h.....	Heure de décès :h.....
Sexe : ☐ Masculin	☐ Féminin	☐ Non déterminable selon le terme
Terme : SA	Présentation : ☐ Céphalique	☐ Podalique ☐ Autre

Mensuration :

Poids : g	Périmètre crânien : cm
Taille : cm	Diamètre bipariétal : cm

Présentation par :

Présentation de l'enfant :

Au bloc:	Mère	☐ Oui	☐ Non	
	Père :	☐ Oui	☐ Non	
En suites de naissance	Mère	☐ Oui	☐ Non	
	Père :	☐ Oui	☐ Non	

Déclaration :

☐ Acte né vivant/ puis DCD	☐ Acte de déclaration sans vie
☐ Pas de déclaration	

Examen Pédiatrique :

Fait par le Docteur

Etat à la naissance :

Description détaillée :

Etiquette fœtus

Prise en charge du corps : Agent de l'Etat Civil des décès : Nom

Assuré par les parents	☐ Oui	☐ Non
Assuré par le CHRU	☐ Oui	☐ Non

**Fiche à photocopier : un *exemplaire* Fiche à photocopier et à remettre dans le dossier –
un *exemplaire* à joindre à l'autorisation parentale d'autopsie/demande d'examen placenta**