

**SITUATION DES  
ENFANTS POUVANT ETRE DECLARES  
SANS VIE**

**et**

**DES ENFANTS NES VIVANTS PUIS  
DECEDES**

*Document révisé le : MAJ du 3 avril 2012*

## I - Textes réglementaires de référence :

- Circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL n°2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance
- Décret N° 2006-965 du 01 août 2006 relatif au décès des personnes hospitalisées et aux enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 5 janvier 2007 relatif au registre prévu à l'article R.1112-76-1 du code de la santé publique et portant modification de l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé
- Décret 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret N° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille
- Décret 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil
- Arrêté du 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2006 fixant le modèle de livret de famille
- Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
- Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires

## II - Définitions :

3 catégories à distinguer :

- Enfant né vivant et viable\* puis décédé
- Enfant né vivant mais non viable\* et enfant mort-né viable\* } Pouvant être déclaré sans vie\*\*
- Enfant mort-né non viable\*

\*La notion de viabilité a été précisée par circulaire du 22 juillet 1993 au regard des recommandations de l'OMS et demeure applicable : Limite basse pour l'établissement d'un acte de naissance d'un enfant né vivant : 22 semaines d'aménorrhée ou poids de 500g à l'exclusion de tout autre critère

\*\*Notion d'état civil

|   | Enfant pouvant être déclaré sans vie  |   | Enfant né vivant et viable* puis décédé   |
|---|---|---|---|
|   | Enfant mort-né<br>Non viable*   | Enfant mort-né<br>viable* et enfant né<br>vivant mais non viable*   |   |
| <b>Personnalité juridique</b>                 | NON   |   | OUI   |
| <b>Déclaration à l'état civil</b>             | A l'exclusion des interruptions spontanées précoces de grossesses (fausses couches précoces) et des I.V.G<br><b>2 CAS POSSIBLES depuis août 2008</b>  |   | Fait systématiquement par le CHRU de Montpellier<br><br>avec certificat médical d'enfant mort-né, + imprimé de DC<br><br>→ "Acte d'enfant sans vie"<br><br>→ "Acte de Naissance" +<br>→ "Acte de décès"   |
|   | <p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> Déclaration à l'état civil (sur présentation d'un certificat médical d'accouchement)<br><b>Réf CERFA : N° 13773*01</b><br>:<br>→ "Acte d'enfant sans vie"                                      | <p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> Si pas de déclaration à l'état civil:<br><br>→ "Sans acte"   |   |
| <b>Inscription sur registres d'état civil</b> | Oui obligatoire   | Non   | Oui obligatoire   |
| <b>Inscription sur le livret de famille</b>   | Mention possible en partie basse: prénom, date et lieu de naissance. (livret de famille remis à la demande des parents qui en sont dépourvus)   | Non.<br><br>Pas d'inscription sur le livret de famille.<br><br>Pas de création de livret de famille   | Mention possible en partie basse: prénom, date et lieu de naissance. (livret de famille remis à la demande des parents qui en sont dépourvus)   |
| <b>Devenir du corps</b>                       | Prise en charge <u>possible</u> des obsèques par les parents qui peuvent réclamer le corps dans un délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement<br>Si pas de réclamation du corps :<br>→ Inhumation organisée par la chambre mortuaire dans un délai de 2 jours francs | En l'absence de réclamation du corps dans le délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement<br><br>→ Crémation à la charge de l'Établissement de Santé organisé par la chambre mortuaire dans un délai de 2 jours francs | Prise en charge <u>possible</u> des obsèques par les parents qui peuvent réclamer le corps dans un délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement<br>Si pas de réclamation du corps :<br><br>→ Inhumation organisée par la chambre mortuaire dans un délai de 2 jours francs |
|   | <p style="text-align: center;">Les délais peuvent être prorogés jusqu'à 4 semaines à/c de l'accouchement en cas de prélèvements sur le corps de l'enfant</p>  |   |   |
| <b>Droits à congés maternité et paternité</b> | NON   | NON   | OUI   |
| <b>Examen foetopathologique</b>               | Autorisation obligatoirement signée par la mère<br>Frais d'examens foetopathologiques à la charge de l'établissement demandeur  |   | Autorisation d'autopsie signée par <b>les 2 parents</b>   |
| <b>Transport de corps</b>                     | Non réglementé (frais de transport A/R à la charge de l'établissement Demandeur en cas de demande d'examen foetopathologique)   |   | réglementé  |

## **CONDUITE A TENIR**

**- I -**

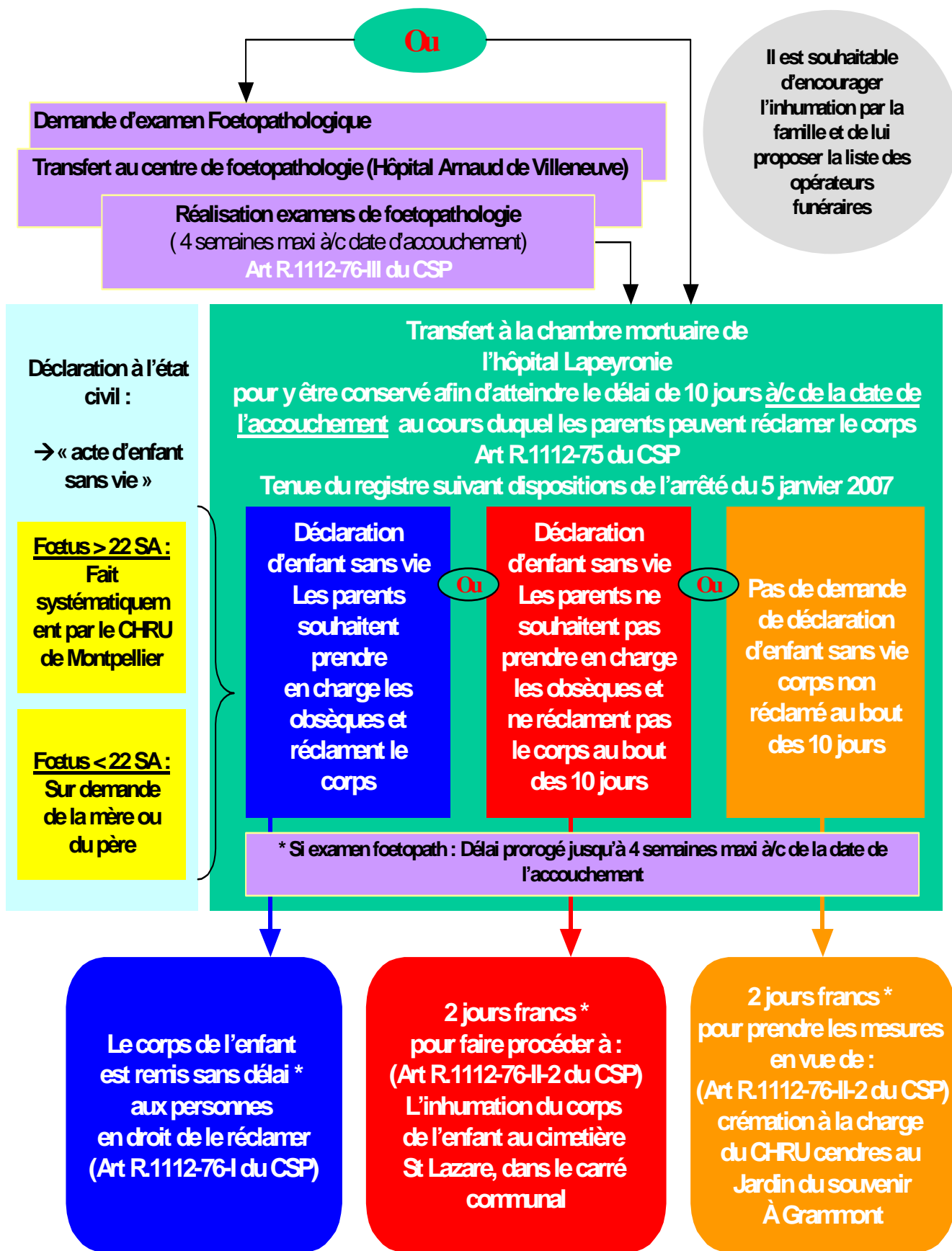
**Pour les enfants morts nés au CHRU de  
MONTPELLIER, avec ou sans demande d'examens  
foetopathologiques**

**- II -**

**Pour les enfants morts-nés HORS du CHRU de  
MONTPELLIER adressés au Centre de foetopathologie  
de l'hôpital Arnaud de Villeneuve**

# Enfants morts-nés au CHRU de MONTPELLIER

(Quelle que soit la durée de la période de gestation)



# Enfants morts-nés HORS du CHRU de MONTPELLIER (Quelle que soit la durée de la période de gestation)

## Maternité ou établissement d'origine

Demande d'examen Foetopathologique

Transfert au centre de foetopathologie (Hôpital Arnaud de Villeneuve) Pr SARDA – C.H.R.U. de MONTPELLIER

Réalisation examens de foetopathologie  
( 4 semaines maxi à/c date d'accouchement)  
Art R.1112-76-III du CSP

- Autorisation d'autopsie signée par la mère
- Fiche de renseignements administratifs et cliniques
- Fiche signée par mère ou deux parents précisant souhait de devenir du corps
- Acte d'enfant sans vie le cas échéant

Si pas de demande de déclaration d'enfant sans vie

Transfert à la chambre mortuaire de l'hôpital Lapeyronie pour y être conservé afin d'atteindre le délai de 10 jours à/c de la date de l'accouchement au cours duquel les parents peuvent réclamer le corps  
Art R.1112-75 du CSP

Tenue du registre suivant dispositions de l'arrêté du 5 janvier 2007

Si Déclaration d'enfant sans vie

Uniquement pour les enfants nés sur la commune de MONTPELLIER :  
Les parents ne souhaitent pas prendre en charge les obsèques et ne réclament pas le corps au bout des 10 jours

Si déclar enfant sans vie dans le délai 10j

Si corps non réclamé au bout des 10j

\* Si examen foetopath : Délai prorogé jusqu'à 4 semaines maxi à/c de la date de l'accouchement

Retour à l'établissement d'origine  
Où le corps est remis sans délai\* aux personnes en droit de le réclamer  
Art R.1112-76-I du CSP

2 jours francs\* pour faire procéder à :  
(Art R.1112-76-II-2 du CSP)  
L'inhumation du corps de l'enfant au cimetière St Lazare, dans le carré communal

2 jours francs\* pour prendre les mesures en vue de :  
(Art R.1112-76-II-2 du CSP)  
crémation à la charge du CHRU → cendres au Jardin du souvenir à Grammont

**C.H.R.U de MONTPELLIER**  
**Information des parents d'enfants morts-nés**  
**Pouvant être déclarés "nés sans vie"**  
**et**  
**ATTESTATION DES PARENTS**  
**(et expression de leur volonté)**

La parution au journal officiel n° 0195 du 22 août 2008 page 13145 texte n°10 des décrets n°2008-800 et n°2008-798 du 20 août 2008 a pour conséquence de modifier la prise en charge des enfants morts-nés pouvant être déclarés "**nés sans vie**" dans le cas "*d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)*".

Ainsi, désormais, un certificat d'accouchement est délivré quelque soit le terme de la naissance d'un "enfant mort-né". Ce certificat accompagnera obligatoirement la demande de déclaration d'enfant né sans vie, ou restera en la possession des parents s'il n'y a pas de déclaration. Une copie sera conservée dans le dossier médical.

**Déclaration "d'enfant né sans vie" à l'état civil**

**La déclaration "d'enfant né sans vie" peut désormais être faite quelle que soit la durée de gestation à la naissance.**

- ✓ à partir de 22 semaines d'aménorrhées, ou pour les enfants de plus de 500g à la naissance, une déclaration "d'enfant né sans vie" est faite  **systématiquement**  par le C.H.R.U. de MONTPELLIER
- ✓ avant 22SA, et seulement dans le cas "*d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont les "interruptions médicales de grossesse"*", les parents peuvent faire une déclaration "d'enfant né sans vie" (Il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation).

**La déclaration "d'enfant né sans vie" donne lieu à un "Acte d'enfant sans vie", qui permet aux parents qui le souhaitent :**

- De donner un prénom à l'enfant,
- D'en faire figurer la mention sur le livret de famille,
- De demander à cette occasion s'ils n'en possèdent pas la création d'un livret de famille
- De prendre en charge les obsèques

## Devenir du corps de l'enfant

### Procédure de prise en charge du corps par le CHRU:

#### ✓ Né AVANT 22 SA au CHRU de Montpellier ou sur la commune de Montpellier avec transfert au CHRU de MONTPELLIER pour réalisation d'examen foetopathologique:

- Si les parents font une déclaration "d'enfant né sans vie", ils pourront réclamer le corps et prendre en charge les obsèques de l'enfant (après examen foetopathologique le cas échéant). Si ce n'est pas le cas, le corps est transféré à la chambre mortuaire de l'hôpital Lapeyronie. Passé le délai de 10 jours à compter de la date de la naissance il sera fait procéder à l'inhumation au cimetière St Lazare à Montpellier, dans le carré communal. Les parents ont la possibilité de récupérer le corps de l'enfant pendant 5 ans pour faire procéder à une inhumation, et au terme des 5 ans pour faire procéder à une incinération.
- S'il n'y a pas de déclaration "d'enfant né sans vie", le fœtus sera acheminé à la chambre mortuaire du CHRU où il sera conservé pendant un délai de 10 jours à compter de la date de la naissance au cours duquel les parents pourront toujours faire une déclaration "d'enfant né sans vie" et réclamer (ou non) le corps (auquel cas se référer au paragraphe ci-dessus). Si au terme de ce délai l'enfant n'a pas été déclaré "né sans vie", le CHRU fera procéder à la crémation. Les parents ne peuvent ni assister à la crémation, ni récupérer les cendres qui seront dispersées au jardin des souvenirs à Grammont.

#### ✓ Né AVANT 22 SA HORS de la commune de Montpellier avec transfert au CHRU de MONTPELLIER pour réalisation d'examen foetopathologique:

- Si les parents ont fait une déclaration "d'enfant né sans vie", le corps est immédiatement retourné après l'examen foetopathologique à l'établissement d'origine.
- S'il n'y a pas de déclaration "d'enfant né sans vie", le fœtus sera acheminé après examen foetopathologique à la chambre mortuaire du CHRU où il sera conservé pendant un délai de 10 jours à compter de la date de la naissance au cours duquel les parents pourront toujours faire une déclaration "d'enfant né sans vie" (auquel cas se référer au paragraphe ci-dessus). Si au terme de ce délai l'enfant n'a pas été déclaré "né sans vie", le CHRU fera procéder à la crémation. Les parents ne peuvent ni assister à la crémation, ni récupérer les cendres qui seront dispersées au jardin des souvenirs à Grammont.

#### ✓ Né APRES 22 SA au CHRU de Montpellier ou sur la commune de Montpellier avec transfert au CHRU de MONTPELLIER pour réalisation d'examen foetopathologique:

- Les parents peuvent réclamer le corps et prendre en charge les obsèques de l'enfant en choisissant librement l'opérateur funéraire et les modalités des obsèques. Si ce n'est pas le cas, le corps est transféré à la chambre mortuaire de l'hôpital Lapeyronie avec la déclaration "d'enfant né sans vie" \*\*. Passé le délai de 10 jours à compter de la date de la naissance il sera fait procéder à l'inhumation au cimetière



St Lazare à Montpellier, dans le carré communal. Les parents ont la possibilité de récupérer le corps de l'enfant pendant 5 ans pour faire procéder à une inhumation, et au terme des 5 ans pour faire procéder à une incinération.

**\*\*** La déclaration "**d'enfant né sans vie**", est faite systématiquement par le CHRU de MONTPELLIER pour les enfants nés dans l'établissement.

✓ **Né APRES 22 SA HORS de la commune de Montpellier avec transfert au CHRU de MONTPELLIER pour réalisation d'examen foetopathologique:**

- le corps est immédiatement retourné après l'examen foetopathologique à l'établissement d'origine.

### Congés maternité et paternité

- **A partir de 22 SA**, les congés maternité et paternité sont acquis.
- **Avant 22 SA**, même si l'enfant fait l'objet d'une déclaration "d'enfant né sans vie", il n'y a pas d'ouverture de droit au congé maternité. Un certificat d'arrêt de travail est délivré par le médecin du service.

# ATTESTATION DES PARENTS

Et expression de leur volonté  
en cas de naissance d'enfant pouvant être déclaré sans vie  
A LA MATERNITE DU C.H.R.U. DE MONTPELLIER.

Nous soussignés

**Madame**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

**Monsieur**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

Atteste (attestons) avoir pris connaissance des informations détaillées ci-dessus relatives aux enfants "pouvant être déclarés sans vie", et des différentes possibilités de prise en charge du corps de mon (notre) enfant : \_\_\_\_\_ qui m'ont (nous ont) été en outre expliquées par M \_\_\_\_\_, sage-femme. En foi de quoi, je (nous) :

Désire (désirons) qu'une déclaration d'enfant né sans vie soit faite, et souhaite (souhaitons) que le corps me (nous) soit remis après l'examen foetopathologique le cas échéant (copie de l'acte d'enfant sans vie à joindre), pour la prise en charge des obsèques par mes (nos) soins.

Ne désire (désirons) pas qu'une déclaration d'enfant né sans vie soit faite.

Demande (demandons) une prise en charge du corps par le CHRU et accepte (acceptons) la procédure prévue dans ce cas.

Je (nous) suis (sommés) informée(és) que je (nous) peux (pouvons) revenir sur cette décision au cours du délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement, pendant lequel le corps de mon (notre) enfant sera conservé à la chambre mortuaire de l'hôpital Lapeyronie.

Date: \_\_\_\_\_

Signature mère:

Signature père:

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires. Sauf impossibilité ou refus de l'un des parents, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.*

*1 exemplaire de cette attestation est à remettre aux parents, 1 ex est à conserver dans le dossier, et 1 ex est à transmettre au service de fœtopathologie le cas échéant*

# ATTESTATION DES PARENTS

Et expression de leur volonté

en cas de naissance d'enfant pouvant être déclaré sans vie

**DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE AUTRE QUE LE C.H.R.U. DE  
MONTPELLIER** et transféré au C.H.R.U. de MONTPELLIER pour réalisation d'exams

foetopathologiques

Commune de naissance (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nous soussignés

**Madame**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

**Monsieur**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

Attestons avoir été informés par M \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Nom et qualité), Etablissement de santé : \_\_\_\_\_, des différentes possibilités de prise en charge du corps de notre enfant : \_\_\_\_\_. En foi de quoi, nous :

Avons fait une déclaration d'enfant né sans vie au bureau d'état civil (copie de l'acte d'enfant sans vie ci-jointe), et souhaitons que le corps nous soit remis immédiatement après l'examen foetopathologique, pour la prise en charge des obsèques.

Réserveons notre décision pendant le délai réglementaire de 10 jours à compter de la date d'accouchement, pendant lequel le corps sera déposé, après l'examen foetopathologique, à la chambre mortuaire du C.H.R.U. de MONTPELLIER (Hôpital Lapeyronie), et au terme duquel, en l'absence de déclaration d'enfant sans vie, il sera pris en charge par le C.H.R.U. de Montpellier pour crémation. En cas de déclaration au cours de ce délai, le corps sera soit:

- o si enfant né **HORS de la commune de Montpellier** : remis à l'établissement d'origine
- o si enfant né **DANS la commune de Montpellier** : remis à l'établissement d'origine en cas de réclamation, ou pris en charge par le C.H.R.U. de Montpellier pour inhumation.

Date: \_\_\_\_\_

Signature mère:

Signature père:

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires.  
Sauf impossibilité ou refus de l'un des parents, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.*

*1 exemplaire de cette attestation est à remettre aux parents, 1 ex est à conserver dans le dossier, et 1 ex est à transmettre au service de fœtopathologie*

Partie réservée au C.H.R.U. de MONTPELLIER

**Autorisation du représentant légal du C.H.R.U. de MONTPELLIER** (arrêté du 5 janvier 2007, paragraphe V-3 de l'annexe, relatif au registre prévu à l'article R.1112-76-1 du C.S.P) :

Nom et fonctions : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_

# MEMENTO

## Pour l'ENVOI d'EXAMEN FŒTO-PLACENTAIRE au CHRU MONTPELLIER ENFANTS MORTS NES

|  |
|--|
| <b>CONDITIONS D'ENVOI DES PRELEVEMENTS</b>   |
| 1°- Fœtus frais non fixé, conservation au réfrigérateur à + 5°C avec un bracelet d'identification. Si possible, accompagné du placenta   |
| 2°- Contenant hermétique correctement identifié  |
| <b>DOSSIER MEDICAL</b>   |
| 1° Dossier de demande d'Examen Fœtopathologique dûment rempli +++.   |
| 2° Rubriques obligatoires : renseignements administratifs et prescription médicale.  |
| Un <b>maximum d'informations cliniques</b> facilite grandement l'examen, sans oublier les copies des compte-rendus des investigations anténatales (échographies, résultats génétiques...). |
| <b>DOSSIER ADMINISTRATIF</b>   |
| Document de consentement pour autopsie périnatale signé par la mère et/ou le père  |
| Consentement pour prélèvements tissulaires et étude génétique si nécessaire signé par la mère et/ou le père  |
| Attestation des parents et expression de leur volonté en cas de naissance d'enfant pouvant être déclaré sans vie   |

- Transport non réglementé (frais de transport à la charge de l'établissement demandeur)
- Réception du LUNDI au VENDREDI de 9 heures à **16h00** Tél. : 04-67-33-65-29 SERVICE FŒTOPATHOLOGIE Pr SARDA :  
NB : Avant Envoi : appel au 04-67-33-65-29 (lundi au vendredi de 9 heures à **16h00**)  
Si vous joignez des vêtements pour l'enfant : veillez à les séparer du corps et à les mettre dans une poche étanche (poche plastique)++
- APRES L'EXAMEN FOETOPATHOLOGIQUE (frais d'examens à la charge de l'établissement demandeur) :
  - **Enfants avec "ACTE SANS VIE":**
    - Nés Hors CHRU:Retour du corps vers l'établissement d'origine, OU corps déposé à la chambre mortuaire Hôpital Lapeyronie CHRU Montpellier (10 jours à compter de la date d'accouchement). En l'absence de décision parentale : inhumation par le CHRU (Carré communal cimetière St LAZARE).
    - Nés au CHRU: Dépôt chambre mortuaire Lapeyronie
  - **Enfants "SANS ACTE" :** Corps déposé à la chambre mortuaire Hôpital Lapeyronie CHRU Montpellier (10 jours à compter de la date d'accouchement). En l'absence de décision parentale : crémation par le CHRU (cendres dispersées au Jardin des souvenirs à Grammont).

## *DOSSIER A FOURNIR DANS LE CAS d'UNE DEMANDE d'EXAMENS FOETOPATHOLOGIQUES*

*Le dossier à fournir au Centre de foetopathologie de l'hôpital Arnaud de Villeneuve lors d'une demande d'examen foetoplacentaire doit impérativement être composé des documents suivants :*

- *Document de consentement des parents pour réalisation d'examen foetopathologique.*
- *Dossier de renseignements administratifs et médicaux (3 pages).*
- *Attestation des parents et expression de leur volonté*
- *Fiche de transfert de corps*
- *Attestations des parents*

# DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE

Nous soussignés, .....

Madame : .....  
(nom, prénom, adresse)

Monsieur : .....  
(nom, prénom, adresse)

donnons l'autorisation au CHRU de Montpellier

de pratiquer sur notre enfant (nom, prénom) .....  
mort né le .....  
les examens permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont il était affecté :

- autopsie,
- éventuellement des prélèvements tissulaires et leur conservation dans le but de réaliser une étude génétique si nécessaire.

Nous autorisons la conservation de prélèvements dans un but de recherche afin de mieux connaître le développement normal et pathologique de l'enfant :

- oui  
 non

date : .....

Signature de la mère

Signature du père (le cas échéant)

Informations données par ..... docteur en médecine ou sage-femme  
à la mère et/ou au père le ..... à ..... (heure)  
Consentement recueilli par ..... docteur en médecine ou sage-femme  
le ..... à ..... (heure)

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière permettant aux parents de recevoir les informations appropriées sur la nature, les buts et les modalités de l'examen foetopathologique (caryotype foetal, culture de cellules, étude en biologie moléculaire, autres examens biologiques, etc...) et de poser les questions qu'ils jugent nécessaires.*

*L'autorisation doit obligatoirement être donnée au moins par la mère pour l'enfant mort né quelque soit le terme.*

*1 exemplaire est à remettre aux parents, 1 ex est à conserver dans le dossier, et 1 ex est à transmettre au service de foetopathologie.*

## DOSSIER DE DEMANDE D'EXAMEN FOETOPATHOLOGIQUE

☒ Centre de Fœtopathologie -Pr P.SARDA Hôpital Arnaud de Villeneuve  
CHRU Montpellier

Unité de Fœtopathologie Dr P.BLANCHET  
Fœtopathologistes: Dr N.BIGI. Dr MJ.PEREZ

☎ Secrétariat de Génétique et de Fœtopathologie : 04 67 33 65 64

☎ Unité de fœtopathologie: 04 67 33 65 29

Fax : 04 67 33 60 52

### Renseignements administratifs obligatoires

**Mère :** Nom marital .....  
Nom de jeune fille..... Prénom : .....  
Date de naissance :..... âge :..... Profession : .....

**Père :** Nom ..... Prénom : .....  
Date de naissance :..... âge :..... Profession : .....

**Adresse :** .....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

### Prescription médicale obligatoire de l'examen fœtopathologique

Demande d'examen fœtopathologique pour le fœtus de Madame .....

Le ...../...../.....

Docteur .....

signature et Cachet du médecin

Nom de l'établissement et du service :.....

Nom des médecins correspondants :.....

Nom du fœtus : .....Prénom : .....Terme :.....SA

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : Féminin  Masculin  Indéterminé

### Motif de la demande d'examen fœtopathologique

MFIU spontanée  FCS  IMG

Joindre impérativement les comptes rendus échographiques, les résultats des marqueurs sériques, les courriers du CPDP.

### Grossesse actuelle :

Gestité : ..... Parité : .....

|                                |           |        |        |         |
|--------------------------------|-----------|--------|--------|---------|
| ATCD de grossesse pathologique | FCS :     | MFIU : | IMG :  | Autre : |
|                                | Diabète : | HTA :  | RCIU : |         |

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| DDR : | DDG : | DPA : |
|-------|-------|-------|

Singleton  Grossesse gémellaire  : BC  MC  BA  MA

Tabac: oui  non

Médicaments : oui  non  lesquels : .....

|                    |                    |                  |                      |
|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| <b>Biologie :</b>  | Groupe sanguin :   | Rhésus :         | RAI :                |
| Rubéole : + / -    | CMV : + / -        | Syphilis : + / - | Toxoplasmose : + / - |
| Hépatite B : + / - | Hépatite C : + / - | HIV : + / -      |                      |

Echographie du 1<sup>er</sup> trimestre faite le : ...../...../.....

Au terme de :.....SA nuque : ..... LCC : .....

Marqueurs sériques : 1 / .....

βHCG :.....MoM

αFP : .....MoM

|                          | OUI                      | NON                      |              | OUI                      | NON                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabète                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Métrorragies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HTA                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hématome     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RPM                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infection    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalies échographiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....        |                          |                          |
| Anomalies doppler        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....        |                          |                          |
| Anomalies LA             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....        |                          |                          |
| Anomalies de croissance  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....        |                          |                          |

Autre:.....



**Prélèvements ovulaires**

|                                | Faite le | Indication | Laboratoire -Résultats (joindre photocopie) |
|--------------------------------|----------|------------|---|
| <b>Amniocentèse</b>            |          |            |   |
| <b>Biopsie de trophoblaste</b> |          |            |   |
| <b>Ponction de sang fœtal</b>  |          |            |   |

**SI MORT FOETALE IN UTERO**

Date de constatation de la mort fœtale : ...../...../.....

- Décès avant le travail
- Décès pendant le travail
- Souffrance fœtale aigüe
- Autre :
- Contexte infectieux maternel :
- Recherche d'hématies fœtales dans le sang maternel :
- CARYOTYPE : fait le ..... Laboratoire :

**SI INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE**

Fœticide non  oui  Date :...../...../.....

**Motif de l'IMG :**.....

Terme:.....SA

Anomalies échographiques (joindre le compte-rendu)

Autres indications

Examens ovulaires faits avant l'IMG : LA  Sang fœtal  Tropho

Caryotype  Laboratoire :

FISH  Laboratoire :

Biologie moléculaire  Laboratoire :


Analyses infectieuses  Laboratoire :

Métabolisme  Laboratoire :

Autres  Laboratoire :

**FICHE DE TRACABILITE SUIVI DE TRANSFERT DE CORPS  
ENTRE LES ETABLISSEMENTS de SANTE**

**ETABLISSEMENT DEMANDEUR**

|   |                                  |                              |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| <br>Cette fiche doit accompagner le corps lors de son transfert. | <b>ETIQUETTE</b>                 |                              |
|   | <b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b> |                              |
| Etablissement de départ:  |                                  |                              |
| Coordonnées téléphoniques de la structure   | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □              |                              |
| Date et Heure du décès  | Date                             | Heure                        |
| Nom et signature du Responsable de la structure au moment du transfert<br>(Cadre de santé, sage femme ou infirmière)                              | Date                             | Nom                          |
|   | Heure                            | Signature                    |
|   |                                  | Tampon                       |
| Retour souhaité par les parents à l'établissement d'origine   | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non |

**DEPART: A REMPLIR PAR LE TRANSPORTEUR**

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| Coordonnées du transporteur   | ☎     |           |
| Prise en charge du corps en vue de son transfert au CHRU de Montpellier | Date  | Nom       |
|   | Heure | Signature |

**ETABLISSEMENT RECEVEUR**

**A REMPLIR PAR LA STRUCTURE DE FOETOPATHOLOGIE: 04 67 33 65 29 +BIP**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrivée:</b> Dépôt du corps par le transporteur    | Date      |
|   | Heure     |
| Nom et Signature du Soignant qui réceptionne le corps | Nom       |
|   | Signature |

# ATTESTATION DES PARENTS

Et expression de leur volonté  
en cas de naissance d'enfant pouvant être déclaré sans vie  
A LA MATERNITE DU C.H.R.U. DE MONTPELLIER.

Nous soussignés

**Madame**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

**Monsieur**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

Atteste (attestons) avoir pris connaissance des informations détaillées ci-dessus relatives aux enfants "pouvant être déclarés sans vie", et des différentes possibilités de prise en charge du corps de mon (notre) enfant : \_\_\_\_\_ qui m'ont (nous ont) été en outre expliquées par M \_\_\_\_\_, sage-femme. En foi de quoi, je (nous) :

Désire (désirons) qu'une déclaration d'enfant né sans vie soit faite, et souhaite (souhaitons) que le corps me (nous) soit remis après l'examen foetopathologique le cas échéant (copie de l'acte d'enfant sans vie à joindre), pour la prise en charge des obsèques par mes (nos) soins.

Ne désire (désirons) pas qu'une déclaration d'enfant né sans vie soit faite.

Demande (demandons) une prise en charge du corps par le CHRU et accepte (acceptons) la procédure prévue dans ce cas.

Je (nous) suis (sommés) informée(és) que je (nous) peux (pouvons) revenir sur cette décision au cours du délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement, pendant lequel le corps de mon (notre) enfant sera conservé à la chambre mortuaire de l'hôpital Lapeyronie.

Date: \_\_\_\_\_

Signature mère:

Signature père:

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires.  
Sauf impossibilité ou refus de l'un des parents, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.*

*1 exemplaire de cette attestation est à remettre aux parents, 1 ex est à conserver dans le dossier, et 1 ex est à transmettre au service de foetopathologie le cas échéant*

# ATTESTATION DES PARENTS

Et expression de leur volonté

en cas de naissance d'enfant pouvant être déclaré sans vie

**DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE AUTRE QUE LE C.H.R.U. DE**

**MONTPELLIER** et transféré au C.H.R.U. de MONTPELLIER pour réalisation d'examens  
foetopathologiques

Commune de naissance (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nous soussignés

**Madame**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

**Monsieur**

(nom, prénom) \_\_\_\_\_

Attestons avoir été informés par M \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Nom et qualité),  
Etablissement de santé : \_\_\_\_\_, des différentes possibilités de prise en  
charge du corps de notre enfant : \_\_\_\_\_. En foi de quoi, nous :

Avons fait une déclaration d'enfant né sans vie au bureau d'état civil (copie de l'acte d'enfant sans  
vie ci-jointe), et souhaitons que le corps nous soit remis immédiatement après l'examen  
foetopathologique, pour la prise en charge des obsèques.

Réserveons notre décision pendant le délai réglementaire de 10 jours à compter de la date  
d'accouchement, pendant lequel le corps sera déposé, après l'examen foetopathologique, à la chambre  
mortuaire du C.H.R.U. de MONTPELLIER (Hôpital Lapeyronie), et au terme duquel, en l'absence de  
déclaration d'enfant sans vie, il sera pris en charge par le C.H.R.U. de Montpellier pour crémation. En  
cas de déclaration au cours de ce délai, le corps sera soit:

- si enfant né **HORS de la commune de Montpellier** : remis à l'établissement d'origine
- si enfant né **DANS la commune de Montpellier** : remis à l'établissement d'origine en cas de  
réclamation, ou pris en charge par le C.H.R.U. de Montpellier pour inhumation.

Date: \_\_\_\_\_

Signature mère:

Signature père:

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière,  
permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires.  
Sauf impossibilité ou refus de l'un des parents, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.*

*1 exemplaire de cette attestation est à remettre aux parents, 1 ex est à conserver dans le dossier, et 1 ex est à transmettre au service de  
foetopathologie*

Partie réservée au C.H.R.U. de MONTPELLIER

**Autorisation du représentant légal du C.H.R.U. de MONTPELLIER** (arrêté du 5 janvier 2007,  
paragraphe V-3 de l'annexe, relatif au registre prévu à l'article R.1112-76-1 du C.S.P) :

Nom et fonctions : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_