

MODE D'EMPLOI DU PRESENT DOCUMENT

(NE PAS TRANSMETTRE AU CENTRE DE FŒTOPATHOLOGIE LES PAGES 1 ET 2)

Mode d'emploi du présent document .....	1
DOSSIER DE DEMANDE D'EXAMEN FOETOPATHOLOGIQUE.....	3
Renseignements administratifs obligatoires.....	3
Prescription médicale obligatoire de l'examen fœtopathologique .....	3
Consentement parental d'Examen Post-Mortem de Fœtus ou de Nouveau-Né.....	4
Fiche de renseignements pour l'Examen Fœtopathologique .....	5
Fiche d'expression de la volonté parentale.....	8
FICHE DE TRAÇABILITÉ SUIVI DE TRANSFERT DE CORPS .....	9
ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ .....	9
BON DE PRISE EN CHARGE POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE .....	10
Page à remettre au couple .....	11
Page à remettre au couple .....	12

**Merci de joindre à ce dossier :**

- Compte Rendu (CR) du Staff CPDPN ayant accepté l'IMG (Obligatoire pour tout EFP dans ce contexte)
- L'ensemble des documents médicaux utiles :
  - o CR des échographies,
  - o CR de marqueurs sériques, DPNI
  - o CR de bilans biologiques utiles
  - o CR de(s) examen(s) de génétique, si réalisé...

**Concernant l'envoi d'un fœtus en vue d'un examen fœtoplacentaire,**

- Réception du LUNDI au VENDREDI **de 9h à 13h**  
**Avant l'envoi, il est impératif de nous joindre par téléphone au 04.67.33.65.29 (du lundi au vendredi de 9h à 16h) ou par fax au 04.67.33.66.98**
- Conditions de transport :
  - o **Fœtus frais non fixé**, conservation au réfrigérateur à + 5°C
  - o avec un **bracelet d'identification**,
  - o Accompagné de son **placenta également frais et non fixé**, dans un Contenant hermétique correctement identifié
  - o Si vous joignez des accessoires pour l'enfant : veillez à les séparer du corps et à les mettre dans une poche étanche (plastique, ...)
- Les frais de transport (réfrigéré aller +/- retour) et d'examen sont à la charge de l'établissement demandeur.

**Pour rappel, éléments de la législation**

(CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 DU 19 JUIN 2009):

- Un **Certificat Médical d'Accouchement (CMA)** est délivré quel que soit le terme de la naissance. Il conditionne l'établissement d'un **acte d' « enfant né sans vie »**.
  - o Les situations d'IVG ou de FCS avant 15 SA font exception et ne permettent pas d'établir un CMA. La déclaration d'enfant né sans vie à l'état civil repose alors sur une démarche volontaire et n'est contrainte par aucun délai.
- Les parents peuvent toujours demander à prendre en charge les obsèques de leur enfant quel que soit le terme.
- En cas de corps déposé dans une chambre mortuaire hospitalière, il existe un délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement pendant lequel les parents peuvent demander le corps de leur enfant. En l'absence de décision parentale au-delà des 10 jours, l'inhumation sera effectuée par l'hôpital.
- Légalement, 2 situations principales :
  - o Enfant « AVEC ACTE » c'est-à-dire **avec CMA** et avec Acte d'« enfant né sans vie » :
    - En fonction du terme et du positionnement de la ville concernant la prise en charge du corps, une prise en charge individuelle ou collective des corps avec inhumation ou incinération avec possibilité ou non d'assister à l'inhumation.
    - Dans toutes les situations dans notre région, il existe un jardin du souvenir, lieu dédié pour les fœtus.
  - o Enfant « SANS ACTE » c'est-à-dire **sans CMA** qu'il y ait ou non un Acte d'« enfant né sans vie » :
    - Prise en charge collective des corps avec en général une incinération.
- Etant donné la variété de possibilités pour la prise en charge des corps, nous vous invitons à vous rapprocher de votre chambre mortuaire pour connaître les modalités de prise en charge sur votre commune.

**DOSSIER DE DEMANDE D'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE**

UNITE FŒTOPATHOLOGIE DU SERVICE DE GENETIQUE CLINIQUE HOPITAL ARNAUD DE VILLENEUVE CHU MONTPELLIER

FŒTOPATHOLOGISTES : DR C. WELLS, DR C. DEILLER, DR A. LAMOUREUX

SECRETARIAT DE GENETIQUE MEDICALE ET DE FŒTOPATHOLOGIE : 04 67 33 65 64

UNITE DE FŒTOPATHOLOGIE : 04 67 33 65 29 (Fax 04 67 33 66 98)

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS OBLIGATOIRES**

Etiquette de la mère
----------------------

Père (étiquette, si disponible) Sinon, Nom : ..... Prénom : ..... DDN : .....
---

Téléphone (mère) : ..... Téléphone (père) : .....

**PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE DE L'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE**

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

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

Médecin prescripteur : Dr .....

Signature et Cachet

Nom de l'établissement et du service (tampon)

Médecins correspondants (SF, GO, échographistes en charge du suivi de la patiente) :

Dr ..... Dr .....

SF ..... SF .....

Tampon service prescripteur

*Etiquette mère ou parent 1 ou responsable légal (si fœtus)*

*Etiquette enfant (si enfant né vivant)*

**CONSENTEMENT PARENTAL D'EXAMEN POST-MORTEM  
DE FŒTUS OU DE NOUVEAU-NE**

Je (Nous) soussigné(s) :

- Mère ou Parent 1 (responsable légal) (Nom, prénom, DDN) : .....

- Père ou Parent 2 (Nom, prénom, DDN) : .....

Autorise (ons) l'unité de fœtopathologie du service de génétique du CHU de Montpellier, dans le respect du secret médical, à pratiquer sur le corps de mon (notre) enfant mort-né ou décédé après la naissance :

<b>Des examens à visée diagnostique</b> (permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont mon (notre) enfant était atteint) incluant ( <b>Entourez votre choix</b> ) :		
• un examen clinique externe avec réalisation de photographies et radiographies	OUI	NON
• un examen interne / autopsie complète avec réalisation et conservation de prélèvements à visée diagnostique (examens histologique, biologique, biochimique)	OUI	NON
• des prélèvements pour examen génétique (caryotype et/ou étude en biologie moléculaire). En cas de refus d'examen interne/autopsie complète et examen génétique souhaité, des prélèvements superficiels ou placentaire sont possibles. Quel prélèvement autorisez-vous ? Peau ; Tendon ; Muscle ; Placenta ; Autres : .....	OUI	NON
<b>La conservation de prélèvements en vue d'éventuelle(s) recherche(s) scientifique(s)</b> afin d'améliorer les connaissances sur le développement embryo-fœtal normal et/ou pathologique. Ils ne modifient en rien la procédure diagnostique.	OUI	NON

Date : .....

Signature de la mère ou Parent 1 (obligatoire) :

Signature du Parent 2 (facultative\*) :

*\* L'autorisation doit être obligatoirement donnée par les 2 parents lorsque l'enfant est né vivant et viable.*

**Attestation d'information à remplir par le personnel médical :**

*Je certifie avoir informé les représentants légaux sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).*

Informations données au(x) parent(s) le : .....

par : ..... (Médecin, sage-femme, conseiller en génétique)

Signature et cachet :

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de recevoir les informations appropriées quant à la nature, les buts et les modalités de l'autopsie et pouvoir poser les questions qu'ils jugent nécessaires. En cas de besoin de l'équipe hospitalière ou des parents, l'équipe de fœtopathologie reste disponible.*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE

FŒTUS Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Terme théorique : ..... SA  
Sexe :  Féminin  Masculin  Indéterminé  Difficile à déterminer  
 Couple ne souhaitant pas connaître le sexe  
 En cas de difficulté à déterminer le sexe : nous souhaitons être appelé pour donner l'information sur le sexe afin de transmettre l'information aux parents.

## MFIU / FCS précoce / FCS Tardive / IMG

*Rayez les mentions inutiles ou cochez les cases pour l'ensemble de cette demande d'examen.*

*Joindre **impérativement** l'ensemble des comptes rendus échographiques, les résultats des marqueurs sériques, les courriers du CPDPN, les résultats d'un bilan sanguin de MFIU...*

---

### CONTEXTE ACTUEL

---

**Patiente** : Âge : ..... Profession : .....

ATCD Familiaux :

ATCD Personnels (en précisant les traitements chroniques éventuels) :

**ATCD Obstétricaux** : Gestité : ..... Parité : ..... (*en comptant la grossesse actuelle*)

- FCP / FCT (année, terme ?) :
- MFIU (année, terme ?):
- IMG (année, terme et motif ?):
- Accouchement(s) (précisez si complications de la grossesse RCIU, DG, HTA, pathologie placentaire) :

**Parent 2** Âge : ..... Profession : .....

Groupe sanguin si patiente de rhésus nég :

ATCD du conjoint personnels et familiaux notables :

Consanguinité dans le couple :  Oui  Non

GROSSESSE ACTUELLE

Singleton / Grossesse gémellaire : BiBi / MonoBi / MonoMono

DDR : et/ou DDG :

Datation effectuée sur DDR / Echo T1 / tardive sur précisez : .....

**Biologie** (mettre des + / - dans les espaces)

- Groupe Rhésus                      RAI
- Sérologies :
  - o Toxoplasmose                      ; Rubéole                      ; CMV : IgG    IgM    date :
  - o VIH                      ; AgHBs                      ; VHC                      ; Syphilis                      ;

**Toxiques pendant la grossesse** :     oui     non

- Tabac (                      cig/j) ; Cannabis (                      joints/sem) ; Autres :

**Médicaments** :     oui     non Si oui, lesquels :

**Echographie du 1<sup>er</sup> trimestre**

- le : ...../...../..... Au terme de :.....SA LCC : ..... mm ; CN : ..... mm ;

**Marqueurs sériques** :  T1     T2    Risque : 1 / .....

- HCG : .....MoM ; PAPP-A : ..... MoM ;  $\alpha$ FP : ..... MoM

**Métrorragies du 1<sup>er</sup> trimestre ?**                       oui     non

**Complications de la grossesse actuelle**

- **Diabète gestationnel**                       oui                       non
  - Equilibré ?                       oui                       non
  - Traitement ?                       non                       régime                       insulinothérapie
- **HTA**                       oui     non
- **Signes d'appel échographiques (SAE)**     oui     non

Si oui, à quel terme ? ..... SA ou à quel écho ?

Préciser les SAE :

- **Autre (précisez):**

**Prélèvements ovulaires** (type(s), date(s) de réalisation, Indication(s), Laboratoire(s) et en cas de Résultats, merci de joindre la copie)

EN CAS D'ACCOUCHEMENT EXTREMEMENT PREMATURE OU DE DECES NEONATAL

- Manœuvre de réanimation pédiatrique  oui  non
- Ventilation  oui  non
  - Perfusion  oui  non
  - Transfusion  oui  non

EN CAS D'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

CPDPN :  Montpellier  Nîmes  Autre : .....

Fœticide :  Non /  Oui Date : ...../...../.....

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

*Merci de joindre obligatoirement le compte rendu du staff CPDPN et si possible de l'échographie de référence*

EN CAS DE MORT FŒTALE (DECES AVANT LE DECLENCHEMENT DE L'ACCOUCHEMENT)

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

Terme de constatation de la mort fœtale : ..... SA

Circonstances de la découverte du décès :

- Diminution MAF  oui  non ; depuis :
- Métrorragies  oui  non
- Fièvre/syndrome infectieux  oui  non
- Lors d'une échographie systématique  oui  non
- Lors d'une consultation systématique  oui  non

Constataions à l'accouchement :

- Anomalie du cordon  oui  non
  - Circulaire/bretelle  oui  non
  - Nœud  oui  non
- Autres (précisez)

Bilan maternel effectué ?  oui  non (*Merci de joindre la copie des résultats biologiques*)

- Contexte infectieux maternel :  oui  non
  - GB ..... CRP .....
- Kleihauer :  négatif  positif à .....
- Autres :

**FICHE D'EXPRESSION DE LA VOLONTE PARENTALE**

CONCERNANT LE DEVENIR DU CORPS DE LEUR ENFANT TRANSFERE POUR UN  
EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE AVEC CMA ET CERTIFICAT D'ENFANT NE SANS VIE

Je (Nous) soussigné(s)

Madame ..... (Nom, prénom)

Monsieur ..... (Nom, prénom, le cas échéant)

Atteste (attestons) avoir été informé(es) par ..... (Nom et qualité)  
travaillant au sein de l'établissement de santé .....

des différentes possibilités de prise en charge du corps de mon (notre) enfant  
..... (Nom, prénom)

Né le ..... (Date de naissance)

Né à ..... (Commune de naissance)

En foi de quoi :

J'ai (nous avons) fait une déclaration d'enfant né sans vie au bureau d'état civil et je souhaite (nous souhaitons) que le corps nous soit remis immédiatement après l'examen. (Copies du certificat médical d'accouchement et de l'acte d'enfant né sans vie à joindre)

Je réserve (nous réservons) ma (notre) décision pendant le délai réglementaire de 10 jours à compter de la date d'accouchement. Durant ce délai, le corps sera déposé à la chambre mortuaire, après la réalisation de l'examen. A l'issue de ce délai et en l'absence de recours de ma (notre) part, le corps de notre enfant sera pris en charge par l'hôpital. En cas de réclamation de ma (notre) part au cours de ce délai, le corps de mon (notre) enfant sera remis à l'établissement d'origine par la chambre mortuaire de Lapeyronie.

Fait le ..... / ..... / 20.....

Signature de la mère

Signature du père (le cas échéant) :

*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 et 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.*

*En 3 exemplaires : 1 à remettre aux parents, 1 à conserver dans le dossier, 1 à transmettre au service de fœtopathologie.*

PARTIE RESERVEE AU CHU MONTPELLIER

Autorisation du représentant légal du CHU Montpellier (arrêté du 5 janvier 2007, paragraphe V-3 de l'annexe, relatif au registre prévu à l'article R.1112-76-1 du CSP)

Nom, fonction .....

Fait le ..... / ..... / 20.....

Signature :

**FICHE DE TRAÇABILITÉ  
SUIVI DE TRANSFERT DE CORPS**

**ETABLISSEMENT DEMANDEUR**

  Cette fiche doit accompagner le corps lors de son transfert.	ETIQUETTE          IDENTIFICATION DU PATIENT
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 (Cadre de santé, sage femme ou infirmière)	Date _____ Nom _____
	Heure _____ Signature _____
	Tampon _____
Retour souhaité par les parents à l'Etablissement d'origine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**DÉPART : A REMPLIR PAR LE TRANSPORTEUR**

Coordonnées du Transporteur	 _ _ _ _ _	
Prise en charge du corps en vue de son transfert au CHU de Montpellier	Date _____	Nom _____
	Heure _____	Signature _____

**ETABLISSEMENT RECEVEUR**

**A REMPLIR PAR LA STRUCTURE DE FŒTOPATHOLOGIE : 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 _____

**BON DE PRISE EN CHARGE**  
**POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE**

**CHU DE MONTPELLIER Hôpital Arnaud de Villeneuve**  
Equipe Médicale de Génétique Prénatale et Fœtopathologie  
Secrétariat de Génétique Médicale & de Fœtopathologie : ☎ 04 67 33 65 64  
**Unité de Fœtopathologie : ☎ 04 67 33 65 29 - ☎ 04 67 33 66 98**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS OBLIGATOIRES**

**MÈRE**

Nom marital : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

**PÈRE**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

**ADRESSE**

.....

.....

N° de Téléphone .....

N° de Téléphone Portable .....

**ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR**

**Établissement** : .....

.....

**Examens Demandés** :

.....

.....

**ADRESSE DE FACTURATION DE L'ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR**

**Nom** .....

.....

**Adresse** .....

.....

**Ville** .....

.....

L'établissement demandeur s'engage :

- à prendre en charge les frais de transport auprès du transporteur de son choix et
- à régler les actes médicaux demandés au CHU de Montpellier

Tampon de l'Établissement Demandeur

Date et Signature du Demandeur

PAGE A REMETTRE AU COUPLE

Madame, Monsieur,

Le Centre de Fœtopathologie de l'hôpital Arnaud de Villeneuve de Montpellier va recevoir votre bébé décédé, avec la demande d'un examen fœtopathologique afin de comprendre ou préciser les problèmes liés au décès de votre enfant.

L'examen de votre bébé est réalisé dans les jours qui suivent son admission au Centre de Fœtopathologie. Le corps de votre bébé retourne alors à la chambre mortuaire de votre hôpital.

Les résultats de certaines analyses sont obtenus avec des délais de plusieurs mois. Un compte-rendu de l'examen de votre bébé sera fait et adressé à vos médecins.

Nous vous informons que le rendu de cet examen doit être réalisé lors d'une consultation médicale dédiée qui sera l'occasion d'explications et de réponses à vos questions. Cette consultation peut avoir lieu avec votre obstétricien référent ou dans le Service de Fœtopathologie (04.67.33.65.64) qui est administrativement rattaché au Service de Génétique clinique ce qui ne présuppose pas de l'origine génétique du décès de votre enfant. Dans certains cas, il est possible que le secrétariat vous contacte pour un rendez-vous.

Nous restons bien évidemment à votre disposition si besoin, par téléphone au 04.67.33.65.64 (secrétariat de génétique médicale).

Nous vous prions de croire, Madame, en l'assurance de nos sentiments dévoués.

**L'équipe médicale de Fœtopathologie,  
Dr WELLS, Dr DEILLER et Dr LAMOUREUX**

PAGE A REMETTRE AU COUPLE

**Données nominatives :**

Les données nominatives et l'imagerie (photographies, radiographies, scanner, IRM...) utiles à la gestion de la démarche diagnostique sont conservées dans les outils de gestion institutionnels, des bases de données informatiques déclarées à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) comme BaMaRa (notice d'information : <http://www.bndmr.fr/informations-legales/>).

Les données anonymisées et l'imagerie peuvent être utilisées à des fins statistiques ou dans le cadre de travaux médico-scientifiques, sur le principe de non-opposition.

Le dossier peut être discuté lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires locales ou nationales afin d'avancer dans le diagnostic ou le partage des connaissances.

*Merci de signaler toute opposition au secrétariat du service de fœtopathologie de l'hôpital au 04 67 33 65 64.*

Une plaquette d'information et une vidéo de 8 minutes peuvent vous aider à prendre votre décision :

Film «L'examen fœtopathologique » disponible également sur YouTube, réalisé par la société française de fœtopathologie (SOFFOET) avec le soutien de la [filière de santé maladies rares AnDDI-Rares](#). Ce film est également disponible en [VF sous-titrée en français](#), [VF sous-titrée en anglais](#) ou [Version Anglaise](#).

Plaquette d'information



Vidéos

