

DOSSIER A FOURNIR EN CAS DE DEMANDE D'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE

AU CENTRE DE FŒTOPATHOLOGIE DE L'HOPITAL ARNAUD DE VILLENEUVE CHU MONTPELLIER

Le **Dossier de demande de l'examen fœtopathologique (EFP) complet** comporte
(Pages 3 à 9)

- Renseignements administratifs obligatoires et Prescription médicale de l'EFP obligatoire signée et tamponnée,

(Page 3)

- Consentement parental pour l'EFP signé par la mère (et le père s'il le souhaite) et le soignant recueillant le consentement,

(Page 4)

- Fiche de renseignements pour l'EFP dûment remplie,

(Pages 5 et 6)

- Fiche d'expression de la volonté parentale remplie et signée,

(Page 7)

- Bon de prise en charge pour une demande d'EFP,

(Page 8)

- Fiche de traçabilité Suivi de transfert de corps entre les établissements de santé.

(Page 9)

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,
 - o CR de(s) examen(s) de génétique, si réalisé...

Merci de remettre au couple :

- Le courrier de l'équipe de fœtopathologie et
- La notice d'informations intitulée « Examen fœtoplacentaire et recueil des données informatisées ».

(Pages 11 et 12)

Concernant l'envoi d'un fœtus en vue d'un examen foetoplacentaire,

- 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 avec un **bracelet d'identification**,
 - o Si possible, accompagné de son **placenta également frais et non fixé**, dans un Contenant hermétique correctement identifié
 - o Si vous joignez des vêtements 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 FOETOPATHOLOGIQUE

CENTRE DE FŒTOPATHOLOGIE - PR D. GENEVIEVE, DR P.BLANCHET

HOPITAL ARNAUD DE VILLENEUVE CHU MONTPELLIER

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

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/...../.....

Docteur

Signature et Cachet du médecin prescripteur :

Nom de l'établissement et du service (tampon):

Médecins correspondants :

Dr

Dr

Dr

Dr

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN FÆTOPATHOLOGIQUE

Nous soussignés,

Madame : (Nom, Prénom)

Monsieur : (Nom, Prénom)

donnons l'autorisation au CHU de Montpellier de pratiquer sur notre enfant

..... (Nom, Prénom) né le

les examens permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont il était affecté :

- une **autopsie**,
- des **prélèvements tissulaires pour leur conservation**,
- une **étude génétique si nécessaire** (possible uniquement en cas de prélèvements tissulaires réalisés),
- Autres, précisez :

Dans le cadre des dispositions de la Loi Informatique & Libertés (*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*), nous autorisons :

une informatisation des données fœtales : Ces données font l'objet d'un recueil informatique dans le cadre du réseau BaMaRA (Banque Nationale de Données Maladies Rares). Certaines de vos données anonymisées, ou des données concernant le(s) fœtus (sexe, date et lieu de naissance, lieu de résidence, modalités de prise en charge, antécédents familiaux, statut vital, données socio-professionnelles et qualité de vie, examen de fœtopathologie) sont collectées et utilisées à des fins de travaux statistiques servant à l'analyse de l'activité du centre, mais aussi à mieux évaluer la prise en charge et améliorer le recensement des maladies rares en France.

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

Fait le / / 20.....

Signature de la mère

Signature du père (le cas échéant) :

Informations données par Dr / SF

.....

le / / 20.....

Signature :

Consentement recueilli par Dr / SF

.....

le / / 20.....

Signature :

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 fœtopathologique (caryotype fœtal, 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 quel que soit le terme de l'enfant. En 3 exemplaires : à remettre aux parents, à conserver dans le dossier, à transmettre au service de fœtopathologie.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'EXAMEN FŒTOPATHOLOGIQUE

FŒTUS Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Terme théorique : SA
Sexe : Féminin Masculin Indéterminé

MFIU / FCS PRECOCE / FCT / IMG

Rayez les mentions inutiles 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

Conjoint âge : Profession :

ATCD du conjoint personnels et familiaux notables :

Groupe sanguin si patiente de rhésus nég :

Patiente âge : Profession :

ATCD de la patiente :

- **Familiaux :**
- **Personnels** (en précisant les traitements chroniques éventuels) :

- **Obstétricaux :** Gestité : Parité : (*en comptant la grossesse actuelle*)
 - o FCP / FCT (terme ?) :
 - o MFIU (terme ?):
 - o IMG (terme et motif ?):
 - o Accouchement(s) (précisez si complications de la grossesse RCIU, DG, HTA) :

GROSSESSE ACTUELLE Singleton / Grossesse gémellaire : BiBi / MonoBi / MonoMono

DDR : **et/ou DDG :**

Datation effectuée sur écho T1 / DDR / Autres, précisez :

Biologie :

- Groupe Rhésus : RAI : + / -
 - o Si rhésus nég, groupe rhésus paternel : Génotypage foetal : + / -
 - o (Rophylac fait le
- Sérologies :
 - o Toxoplasmose : + / - ; Rubéole : + / - ;
 - o VIH : + / - ; AgHBs : + / - ; VHC : + / - ; Syphilis : + / - ;
 - o CMV : IgG + / - IgM +/-
 - o Autres :

Toxiques pendant la grossesse :

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

Médicaments : oui non.

- Si oui, lesquels :

Echographie du 1^{er} trimestre le :/...../..... Au terme de :.....SA

LCC : mm ; CN : mm ; Morphologie précoce :

Marqueurs sériques : 1 / HCG :MoM ; PAPP-A / α FP : MoM

Métrorragies du 1^{er} trimestre ? oui / non

Complications de la grossesse actuelle (diabète, HTA, signes d'appel écho...), 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 DE MORT FŒTALE IN UTERO

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

Terme de constatation de la mort fœtale : SA

- Bilan maternel effectué ? oui / non (*Merci de joindre la copie des résultats biologiques*)
 - o Contexte infectieux maternel : Oui / Non GB CRP
 - o Kleihauer (recherche d'hématies fœtales dans le sang maternel) :
 - o Autres :

EN CAS D'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

CPDPN : Montpellier / Nîmes / Autre :

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

Produits utilisés si différents de Sufentanyl Xylocaïne, merci de préciser :

Motif de l'IMG :

Terme:.....SA

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

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
ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ**

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

Arrivée : 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 Dr P. BLANCHET
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

Les 2 pages suivantes sont à remettre au couple, lors de la demande d'examen fœtopathologique, merci.

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. 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 BLANCHET, Dr WELLS, Dr LAMOUREUX, Dr DEILLER**

L'EXAMEN FŒTOPLACENTAIRE

et recueil informatisé des données

Pendant la grossesse, des examens prénataux sont proposés afin de s'assurer de son bon déroulement. Au cours de ces examens, les médecins peuvent déceler chez le fœtus une ou des anomalies, dont la sévérité est évaluée au sein d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal. Des informations complémentaires sont alors délivrées aux parents par l'équipe obstétricale et, au besoin, par d'autres spécialistes de l'équipe pluridisciplinaire. Avec l'aide de ces professionnels, lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité et incurable au moment du diagnostic, les parents peuvent être amenés à formuler une demande d'interruption médicale de la grossesse (IMG) (Article L. 2213-1). Un examen complet post-mortem du fœtus (examen fœtoplacentaire) est proposé aux parents afin d'aider au diagnostic des malformations fœtales. Cet examen permettra par la suite de donner un conseil génétique aux parents et à leurs apparentés.

CET EXAMEN EST DIFFICILE À ABORDER AVEC LES PARENTS MAIS IL EST TRÈS IMPORTANT.

Il sera réalisé uniquement après une autorisation donnée au moins par la mère, recueillie par consentement écrit. Cet examen est également proposé en cas d'interruption de grossesse et dans des situations de décès fœtaux : mort fœtale in utero, fausse-couche et décès néonatal.

IL S'AGIT D'UN ACTE MÉDICAL, QUI EST RÉALISÉ DANS LE RESPECT DU CORPS.

Il est pratiqué par un médecin fœtopathologiste. L'autopsie fœtale consiste en un bilan radiologique et photographique, en complément d'un examen clinique externe et interne, suivi d'une analyse histopathologique (examen au microscope des prélèvements tissulaires). Des prélèvements sont conservés pour réaliser des études génétiques complémentaires, si nécessaire. L'examen du placenta sera aussi réalisé.

AU TERME DE L'EXAMEN, COMME POUR TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE, LES INCISIONS CUTANÉES SONT REFERMÉES.

Les parents peuvent voir leur enfant après l'autopsie et des obsèques

peuvent être organisées, s'ils le souhaitent. Alternativement, une crémation sera réalisée. Les démarches administratives, les congés maternité ou paternité, les conséquences juridiques et la déclaration à l'état civil ainsi que les droits sociaux seront expliqués aux parents à la maternité.

UN COMPTE RENDU COMPLET DE L'EXAMEN FŒTOPLACENTAIRE EST ADRESSÉ À L'OBSTÉTRICIEN ET AUX MÉDECINS CORRESPONDANTS

(dont les noms sont mentionnés par les parents) et expliqué aux parents lors de la consultation post-accouchement, qui est faite par l'obstétricien et/ou le généticien selon les conclusions du fœtopathologiste. L'entretien de synthèse permet alors de mettre en place une prise en charge adaptée pour une future grossesse.

LE RECUEIL INFORMATISÉ DES DONNÉES FŒTALES :

Ces données font l'objet d'un recueil informatique dans le cadre du réseau BaMaRA (Banque Nationale de Données Maladies Rares). Certaines de vos données anonymisées, ou des données concernant le(s) fœtus (sexe, date et lieu de naissance, lieu de résidence, modalités de prise en charge, antécédents familiaux, statut

vital, données socio-professionnelles et qualité de vie, examen de fœtopathologie) sont collectées et utilisées à des fins de travaux statistiques servant à l'analyse de l'activité du centre, mais aussi à mieux évaluer la prise en charge et améliorer le recensement des maladies rares en France*.

* Les traitements de ces informations respectent les dispositions de la Loi Informatique & Libertés (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Les données de santé à caractère personnel, directement nominatives, ainsi collectées vous concernant, sont hébergées, par un hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel, qui est chargé d'assurer la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données qui lui sont confiées (agrément délivré par le Ministère en charge de la Santé, en application des dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique). Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant, vous pouvez à tout moment exprimer votre opposition à cette utilisation des données médicales vous concernant pour la recherche scientifique. Cette opposition de votre part n'affectera en rien votre prise en charge médicale.

