

**CONSULTATION
ANATOMOPATHOLOGIE
Centre Hospitalier De Lanaudière
PLACENTA**

Module parents-enfant 1-A

Bloc opératoire (Acheminer le placenta au Module parents-enfant, 1-A)

*** IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR CHACUNE DES SECTIONS SUIVANTES***

Nom du médecin requérant : _____ Date du prélèvement : 20 ____ / ____ / ____

Copie du rapport à (nom complet) : _____ Signature du médecin : _____

Accouchement et renseignements cliniques

Âge gestationnel : _____ semaines Sexe du bébé : F M

Poids placentaire : _____ g Indice d'Apgar : /10 /10 /10

Renseignements cliniques additionnels : _____

Parent souhaite récupérer le placenta (Joindre le formulaire complété "Souhait pour la disposition de mon placenta").

Ne PAS envoyer le placenta pour une grossesse normale, pour une maladie bien contrôlée, interruption de grossesse pour trisomie connue, cholestase, induction du travail, césarienne dans l'absence d'un problème maternel ou foetal, liquide amniotique teinté par méconium, placenta praevia, hémorragie post-partum, hyper/hypothyroïdie maternelle, artère ombilicale unique. N'envoyez pas de placenta lors d'une ligature des trompes/cicatrice cutanée (soumettre seulement les trompes ou la cicatrice comme un spécimen chirurgical usuel).

Identifier les indications/conditions particulières nécessitant un examen microscopique

Conditions placentaires:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DPPNI | <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire ou plus |
| <input type="checkbox"/> Rupture des membranes > 36 heures | <input type="checkbox"/> Choriarnionite/oligoamnios |
| <input type="checkbox"/> Placenta accreta <input type="checkbox"/> Placenta increta | <input type="checkbox"/> Placenta percreta |
| <input type="checkbox"/> Autres conditions placentaires significatives : _____ | |

Conditions maternelles:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète sévère (gestationnel ou non) | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Prééclampsie/éclampsie |
| <input type="checkbox"/> Infection virale (HIV, hépatite, etc.) | <input type="checkbox"/> Antécédent de môle |
| <input type="checkbox"/> Infection par le streptocoque du groupe B | |
| <input type="checkbox"/> Autres conditions médicales significatives : _____ | |

Conditions foetales:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mort in utéro/néonatale immédiate | <input type="checkbox"/> Anomalies foetales |
| <input type="checkbox"/> IMG (Interruption Médicale de Grossesse) | <input type="checkbox"/> Aberration chromosomique |
| <input type="checkbox"/> Infection néonatale | <input type="checkbox"/> Signes neurologiques ou détresse importante |
| <input type="checkbox"/> Iso-immunisation (Rh ou autre) | <input type="checkbox"/> Prématurité (< 37 semaines de gestation) |
| <input type="checkbox"/> Réanimation/détresse foetale grave | <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin (2,5 kg ou 3 ^e percentile) |
| <input type="checkbox"/> Autres conditions foetales significatives : _____ | |

Espace réservé au laboratoire d'anatomopathologie:

AA LC LP AK ZD

Commentaire(s): _____

COLLER ICI
L'ÉTIQUETTE DE SPÉCIMEN