



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

POLE FEMME, MERE ET NOUVEAU-NE
Hôpital Jeanne de Flandre

ANTICIPATION DE SOINS PALLIATIFS NEONATALS

Fiche de recueil des souhaits parentaux pour la prise en charge de leur nouveau-né

Sont concernés par cette fiche les nouveau-nés porteurs d'une malformation létale pour lesquels une décision de non-réanimation ou de soins palliatifs a été prise préalablement à la naissance conjointement entre les parents et le CPDPN. Ce protocole d'anticipation de soins palliatifs n'exclut pas une évaluation postnatale pour confirmer la pathologie du nouveau-né.

L'objectif de cette fiche est de favoriser une fin de vie « harmonieuse » pour l'enfant autorisant un attachement et une démarche de deuil pour les parents, tout en permettant au nouveau-né de mourir dans la dignité en lui assurant un accompagnement et des soins de confort en compagnie de sa famille dans la mesure du possible.

Ce document a pour but de recueillir l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement de l'accueil du nouveau-né et d'assurer une continuité entre les périodes anté et post-natales. Il doit être rempli au cours des différentes consultations de diagnostic anténatal. Il peut ainsi servir de support afin de s'assurer que les différents aspects concernant la prise en charge du nouveau-né ont été abordés avec les parents et que les informations ont pu ainsi leur être transmises.

Les parents ont toute liberté de revenir sur leur décision et il est du rôle de l'équipe de médecine fœtale de respecter et de s'adapter aux éventuels changements exprimés par le couple.

Pour toute information contacter :
Philippe Deruelle philippe.deruelle@chru-lille.fr
ou Thameur Rakza thameur.rakza@chru-lille.fr

Fiche de recueil des souhaits parentaux pour la prise en charge de leur nouveau-né

Nom de la mère :

Date de naissance de la mère :

Nom du père :

MEDECINS REFERENTS :

Au CPDPN de Lille : Obstétricien :

 Pédiatre :

 Spécialiste :

Maternité d'origine / Obstétricien de la Maternité d'origine :
...../.....

Médecin traitant :

DDG : Date prévue d'accouchement :

PATHOLOGIE SUSPECTEE / DIAGNOSTIQUEE :
.....

Explorations réalisées en anténatal :

CARYOTYPE (amnio/BT/PSF) : Date :

Résultat :

Autre(s) :

.....

NB : Préciser si certains examens n'ont pas été réalisés car non souhaités par les parents.

CONSULTATIONS ANTENATALES

Accompagnement médical :

Date	Intervenant	Eléments évoqués au cours de la consultation

Pronostic annoncé :

Résumé de la prise en charge néonatale souhaitée :

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

Motivation(s) de la décision des parents :

.....

Accompagnement psychologique :

Psychologue : Date de consultation :

Commentaire éventuel :

.....
.....

Suivi prévu en post partum : oui non

Accompagnement social : Assistante sociale :

Difficultés rencontrées :

.....
.....

SOUHAITS POUR LA SALLE DE NAISSANCE

Lieu prévu d'accouchement :

Intervention(s) préalable(s) à l'accouchement :

.....

Accompagnant :

ERCF : OUI NON

CAT si ARCF :

.....

Accueil du nouveau né :

Peau à peau souhaité : OUI NON avec la mère avec le père

Allaitement précoce souhaité : OUI NON

EN MATERNITE

Examen(s) à réaliser pour confirmer la pathologie :

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

Allaitement souhaité : OUI NON

Souhait vis-à-vis de la famille (fratrie, grands-parents ...):

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

Devenir souhaité pour l'enfant après son séjour en maternité :

.....
.....

SOUHAIT EN CAS DE DECES

Autopsie : oui non

Rituel souhaité : oui non

Si oui, de quel ordre :

SOUHAIT PARTICULIER DES PATIENTS, QUESTIONS POSEES PAR LES PARENTS :

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