

Programme de santé Périnatale du Nouveau-Brunswick

Guide d'instruction du dossier antenatale

Outil de travail pour les fournisseur de la santé

Tables des matières

Introduction	2
Recommandations et informations importantes	3
Section 1 : Données démographiques et contextuelles	4
Section 2 : Grossesse actuelle et l'information du partenaire/père	5
Section 3 : Fournisseurs de soins de santé/examen physique	5
Section 4 : Mode de vie et environnement social	6
Section 5 : Antécédents obstétricaux/médicaux	7
Section 6 : Antécédents familiaux	8
Section 7 : Examens diagnostiques et tests de laboratoire	9
Accès aux exemplaires du dossier anténatale	13
Coordonnées	13
<u>ANNEXES</u>	
(A) Tableau d'indice de masse corporelle	14
(B) Outil de dépistage TWEAK	15
(C) Guide de consommation d'alcool/comment poser la question	16
(D) Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)	18
(E) Cannabis Guide	19

Adresse Administrative :
221 West Lane, 3ième étage
Moncton, NB, E1C 6V3

Adresse Postale :
135 Avenue MacBeath
Moncton, NB, E1C 6Z8

INTRODUCTION

Les parties 1 et 2 du dossier anténatale, s'inscrivant dans le programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick, sont un outil qui a été mis au point pour faciliter l'évaluation et la consignation des informations pertinentes à la santé de la femme et aux soins de grossesse de manière normalisée. Ce guide-outil, qui vise à favoriser la communication entre les fournisseurs de soins et les établissements, contient des éléments fondés sur des données probantes en matière de soins anténataux et maternels. Le contenu de certains champs du dossier anténatale sera codé et recueilli dans une base de données dans le cadre du programme de santé périnatale. Une bonne documentation est primordiale pour maintenir une base de données cohérente, fiable et précise. Tous les établissements qui fournissent des services de santé maternelle et néonatale recueilleront des données précisément pour ce programme. Cette collecte de données permettra de définir et de promouvoir les normes, les pratiques exemplaires, les initiatives en matière de soins de santé et les politiques éclairées par les données probantes, éléments qui favorisent tous l'état de santé maternelle et périnatale à l'échelle de la province.

Conjointement aux parties 1 et 2 du dossier anténatal, plusieurs autres outils sont proposés pour faciliter l'évaluation de l'état de santé de la patiente:

- **Le tableau d'indice de masse corporelle;**
- **TWEAK** [Tolérance, Worry (inquiète), Eye-opener (révélateur), Amnésie, Cut down (réduire)] pour évaluer le risque de consommation d'alcool chez les femmes enceintes;
- Le **guide de consommation d'alcool pendant la grossesse** et "**Comment poser la question**" est un outil qui vous guidera à travers d'une série de phrases introductives liées à la consommation d'alcool pendant la grossesse
- **L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPS)** (questionnaire auto-administré), qui est utilisée pour évaluer le risque de dépression périnatale chez la patiente dans les périodes anténatale et postnatale.

RECOMMANDATION / INFORMATION PERTINANTE

Nous recommandons l'envoi d'un exemplaire du dossier anténatal au service de maternité de l'hôpital entre les semaines 34 et 36 de gestation. L'hôpital doit disposer de ces informations importantes au cas où la patiente serait admise plus tôt que prévu durant la période anténatale. **Médecins de famille - veuillez, le cas échéant, conserver un exemplaire dans vos dossiers. L'original doit toujours suivre la patiente.**

Si la patiente est orientée vers une clinique obstétrique avant la 34^e semaine de gestation, il faudrait envoyer le dossier anténatal à cette clinique pour permettre aux fournisseurs de soins de détenir toutes les informations pertinentes liées à la grossesse. **Le dossier anténatal doit toujours suivre la patiente.**

Le Dossier anténatal / Évaluations subséquentes anténatales - Partie 3 est utilisée pour documenter la grossesse lors de chaque visite anténatale. Si cette feuille est entièrement remplie, il est possible d'en ajouter d'autres.

Selon les politiques du Réseau de Santé Horizon, la date devra être entrée dans le format jj/mm/aaaa.
Selon les politiques du Réseau de Santé Vitalité, la date devra être entrée dans le format aaaa-mm-jj.

Veuillez respecter la politique de votre réseau.

*Il est à noter qu'il aura **3 copies** du dossier anténatale au moment du congé de l'hôpital. La *copie originale* sera classée au **dossier clinique de la mère**, une copie pour le **dossier clinique du bébé** et une copie pour le **médecin traitant**.

Dossier anténatal (Partie 1)

Étiquette de la patiente (en haut à droite du formulaire (pages 1-4) l'étiquette peut être affichée ici)

Élément	Description
Nom de famille de la patiente	Nom de famille de la mère
Prénom de la mère	Prénom de la mère
Adresse	Adresse du domicile de la patiente (y compris le code postal)
Numéro de téléphone	Numéros de téléphone de la patiente (y compris à la maison, le cellulaire et au travail)
Numéro d'assurance-maladie	Numéro d'assurance-maladie de la patiente avec la date d'expiration
Numéro de dossier d'hôpital	Numéro de dossier de l'hôpital ou elle planifie de donner naissance (ou domicile)

Informations démographiques et contextuelles

Élément	Description
Date de naissance	Date de naissance de la patiente
Âge	Âge de la patiente à la date prévue de l'accouchement
Profession / Statut professionnel	Profession de la patiente. On peut ainsi déterminer si son travail présente un facteur de risque environnemental ou professionnel, comme une exposition à des composés chimiques, à l'amiante, aux radiations ou aux déchets dangereux. Cette information, qui permettra de relever toutes associations avec des anomalies congénitales, est recueillie dans notre base de données pour effectuer d'autres examens afin de produire des rapports sur le plan provincial et national. Indiquez si elle travaille à temps plein ou temps partiel, ou si elle ne travaille pas.
Ethnicité ou raciale : mère	Identité ethnique ou culturelle. Indiquez s'ils sont Acadiens, Afro-Canadiens, Asiatiques, Autochtones, Caucasiens, Hispaniques, Juifs, Québécois, d'origine méditerranéenne, d'origine moyen-orientale, autres (précisez). Cette collecte de données vise à repérer les patients présentant un risque accru d'anomalies congénitales associées à certaines ethnicités. Dans le cas d'une insémination artificielle ou d'une mère porteuse, il faudrait connaître l'ethnicité du donneur et pas nécessairement la ou le partenaire lié directement à la grossesse. Inscrivez les données pour la mère et le père.
Niveau d'éducation	Le niveau scolaire de la patiente. Indiquez: Sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certain niveau postsecondaire (notamment des cours menant à un diplôme collégial ou universitaire), attestation collégiale ou certificat de compétence, diplôme universitaire
État civil	État civil de la patiente. Indiquez si elle est mariée, célibataire, conjointe de fait, séparée ou divorcée ou veuve

Grossesse actuelle	
Élément	Description
Acid folique préconception	Indiquez si <<oui>> ou <<non>> la patiente a-t-elle prit de l'acide folique avant sa grossesse. Si <<oui>>, veuillez indiquer la date de début.
Dose d'acide folique	Indiquez le dosage de l'acide folique en microgrammes. (Milligrammes, multipliez par 100)
Information du partenaire/père	
Nom de famille	Nom de famille du partenaire ou du père
Prénom	Prénom du partenaire ou du père
Profession	Profession du partenaire ou du père. On peut ainsi déterminer si son travail présente un facteur de risque environnemental ou professionnel, comme une exposition à des composés chimiques, à l'amiante, aux radiations ou aux déchets dangereux. Cette information, qui permettra de relever toute association avec des anomalies congénitales, est recueillie dans notre base de données pour effectuer d'autres examens afin de produire des rapports sur le plan provincial et national.
Âge	Âge du père ou du partenaire

Fournisseurs de soins de santé	
Élément	Description
Médecin de famille/ Infirmière praticienne	Nom du médecin de famille ou infirmière praticienne/praticien
Assistance à l'accouchement	Indiquez qui le sera fournisseur de soins pendant l'accouchement: OBS, Médecin de famille, sage-femme
Soins du nouveau-né	Indiquez qui sera le fournisseur de soins du nouveau-né: Pédiatre, Médecin de famille / IP, Sage-femme

Examen Physique	
Élément	Description
Date de l'examen	Indiquez la date que l'examen a eu lieu
Tension artérielle	Indiquez les résultats de la tension artérielle lors de l'examen
Taille (cm)	Indiquez la hauteur de la patiente (en centimètres)
Poids avant grossesse	Indiquez le pré-grossesse de la patiente (en kilogramme)
IMC (indice masse corporelle) avant la grossesse	Indiquez l'indice masse corporelle pré-grossesse. Vous pouvez faire référence à l'annexe (graphique de IMC)
Seins et mamelons	Indiquez les résultats de l'examen des seins et des mamelons
Examen pelvien	Indiquez les résultats d'examen pelvien
Normal	Cochez si 'Normal'
Anormal	Cochez si 'Anormal', veuillez décrire les anomalies

Mode de vie et social	
Élément	Description
Risques professionnels/environnementaux	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Réseau d'aide	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Violence interpersonnelle	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Violence sexuelle	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Finances, logements, etc.	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Cours prénataux	Indiquez si le sujet a été disuadé, si certaines préoccupations sont éprouvées, ou si une demande de référence a été faite
Commatation d'alcool	L'outil "TWEAK" est joint au guide d'instruction. Il a été validé pour dépister le risque de l'alcool chez les femmes enceintes. Le "TWEAK" (auto administré) peut être employé sous forme d'une discussion avec la patiente.
Élément	Description
Alcool	Indiquez si la patiente a consommé de l'alcool: <<oui>> ou <<non>>
Avant la grossesse	Indiquez la quantité maximale de consommation avant la grossesse. Veuillez utiliser le "Guide maternelle d'alcool" pour des directives et comment poser les bonnes questions.
Actuellement	Indiquez la quantité maximale de consommation pendant la grossesse actuelle
Utilisation du tabac	
Élément	Description
Tabagisme (Cigarette)	Indiquez si la patiente a déjà été fumeuse. Indiquez la date à laquelle la patiente aurait cessé de fumer si elle est une ancienne fumeuse.
Cigarettes/jour avant la grossesse	Indiquez la moyenne de cigarettes par jour avant la grossesse. (1/2 paquet correspond à 13 cigarettes et 1 paquet correspond à 25 cigarettes)
Cigarettes/jour actuellement	Indiquez la moyenne de cigarettes par jour pendant la grossesse. (1/2 paquet correspond à 13 cigarettes et 1 paquet correspond à 25 cigarettes)
Exposition à la fumée secondaire	Cochez <<oui>> ou <<non>> afin d'indiquer si il y eu exposition à la fumée secondaire (si la patiente vit avec des personnes fumeuses ou travaille avec fumeurs.)
Marijuana et autre usage de drogues	
Item	Description
Marijuana	Indiquez si la patiente a déjà fait utilisation de marijuana. Si oui,
Marijuana pré-grossesse	Indiquez la quantité approximative de consommation par jour,
Marijuana pendant la grossesse actuelle	Indiquez la quantité approximative de consommation par jour,
Autre usage de drogues	Indiquez si <<oui>> ou <<non>> la patiente fait la consommation de

Dossier anténatal (Partie 2)

(Un rappel que l'étiquette de la patiente doit être placée au haut de la page à droite)

Antécédents médicaux, grossesse actuelle	
Élément	Description
DPA Finale	Inscrivez la date prévue pour l'accouchement
Méthode de datation	Cochez la méthode de datation utiliser pour calcuer la DPA (date prévue d'accouchement)
Méthode de conception	Veuillez indiquer la méthode de conception : Spontanée / TRA (Si TRA, veuillez spécifier: IO, IUI, FIV, ICSI)
Grossesse sur contraceptif	Indiquez si <<oui>> ou <<non>> la patient utilisait une méthode de contraception lors de la conception.
Date DDM	Indiquez la date de la dernière période de menstruation

Antécédents obstétriques	
Élément	Description
Gavida	Le nombre total de grossesses (antérieures et actuelles), sans tenir compte de l'âge gestationnel, du type, du temps ou de l'issue liée à la méthode d'interruption. Les jumeaux ou triplés sont comptés comme une seule grossesse.
À terme	Le nombre total de grossesses antérieures menant à une naissance sur une durée supérieure ou équivalente à <u>37 semaines complètes</u> de gestation.
Pématuré	Le nombre total de grossesses antérieures menant à une naissance survenant entre la <u>20e et la 36e semaine complète</u> de gestation.
Avortement- induit	Le nombre total d'interruptions antérieures et spontanées <u>avant la 20e semaine complète</u> de gestation. Sont comprises dans ce nombre les grossesses non désirées.
Avortement - spontané	Le nombre total d'interruptions antérieures et spontanées avant la <u>20e semaine complète</u> de gestation. Sont compris dans ce nombre, les avortements manqués, les grossesses ectopiques et l'interruption d'un fœtus non viable.
Vivant	Le nombre total d'enfants que la mère a mis au monde et qui sont actuellement vivant. La grossesse actuelle n'est pas comprise dans ce nombre.
Date de naissance / avortement	Indiquez la date de naissance / avortement pour chaque grossesse
Lieu de naissance / avortement	Indiquez le lieu de naissance / avortement pour chaque grossesse
Heures de travail	Indiquez le nombres d'heures de travail pour chaque grossesse
Âge gestationnel	Indiquez l'âge gestationnel pour chaque naissance / avortement
Type de naissance	Indiquez le type d'accouchement (vaginal spontané, forcep, ventouse, césarienne)
Complications périnatales	Indiquez si des complication périnatale ont eu lieu pour chaque grossesse
Sexe	Indiquez le sexe du bébé pour chaque grossesse / avortement
Poids à la naissance	Indiquez le poids de naissance pour chaque naissance / avortement
Allaitement	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour chaque bébé
Santé actuelle de l'enfant	Décrivez la santé actuelle de chaque enfant

Antécédants familiaux	* Comprends les antécédants médicaux et familiaux qui pourraient
Élément	Description
Maladie du coeur	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Hypertension	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Diabète	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Thyroïde	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Thromboembolique (TVP/EP) Hématologique	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Naissances multiples	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère
Anomalies congénitales	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère et le père
Anomalie chromosomiques	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère et le père
Population à risque (ex: Ashkenazi, consanguinité, FK, heterozygote, Tay-Sachs, thalassémie)	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour la mère et le père
Autres	Veuillez précisez tout autres antécédants familiaux qui n'auraient pas été ci-haut
Notes	Espace désignée pour inscrire des notes
Transfusion sanguine	Antécédents de transfusions sanguines.
Santé mentale	Antécédents passés ou présents de santé mentale et de traitements. Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaires"
Diabète / Thyroïde / Endocrine	Conditions endocriniens (diabète, thyroïde) Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaires".
Procédure utérine (LEEP, cône, myomectomie)	Historique de procédures gynécologique / col de l'utérus (LEEP, cône, myomectomie) Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaire".
Neurologique	Historique de conditions neurologiques. Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaire".
Respiratoire	Historique de conditions respiratoires. Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaires".
Cardio-vasculaire	Historique de conditions cardio-vasculaires. Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaires".
Thromboembolique / Hématologique	Historique de conditions thromboemboliques et / ou hématologique. Cochez <<oui>> ou <<non>> et spécifiez dans la section "commentaires".
Autre	Indiquez si il aurait tout autres conditions qui pour avoir des conséquences sur la prise en charge de cette grossesse actuelle.
Commentaires	La section "commentaires" est désignée afin d'élaborer ou préciser les détails des différentes conditions mentionnées ci-haut.
Allergies / Sensibilités	Veuillez spécifier toute allergie ou sensibilité de la patiente dans l'espace prévu à cet effet.
Médicaments/Phytothérapies/ Produits en vente libre	Veuillez spécifier tout médicaments (vente libre, à base de plantes, etc.) dans l'espace prévu à cet effet.

Tests de laboratoire et d'imagerie médicale

Élément	Description
Première visite prénatale	Date de la première visite prénatale, la date du test PAP ainsi que les résultats. Indiquez les résultats des tests qui sont offerts à toutes les patientes: Hb&Plq, HbsAg, Rubéole, Syphilis, ABO/Rh, Groupe sanguin, VUH, Chlamydia, Gonorrhée, Culture et sensibilité d'urine.
	Indiquez les résultats des tests suivants qui sont offerts à certaines patientes: varicelle, hépatite C, RH du père, TSH, dépistage du diabète et autres tests.
9 - 13 +6 SEMAINES	Indiquez si l'épreuve sérologique de la patiente a été 'discuté', 'refusé' ou 'accepté', et insérer la date. Spécifiez si un test de clarté nucale a été effectué et notez la date de ce dernier.
15 - 20 +6 SEMAINES	Indiquez si l'épreuve sérologique de la patiente a été 'discuté', 'refusé' ou 'accepté', et insérer la date.
24 - 28 SEMAINES	Indiquez les résultats des tests suivants qui sont offerts à toutes les patientes: FSC, GTT, Dépistage des anticorps et Dépistage du diabète (dépistage de l'hyperglycémie 1 heure PC 50g)
28 SEMAINES	Indiquez si <<oui>> ou <<non>> des immoglobulines Rho (D) ont été administrées et si <<oui>>, veuillez indiquer la date. Cochez si <<oui>> ou <<non>> la patiente est éligible pour AVAC.
28 - 32 SEMAINES	Indiquez le score obtenu sur l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) et cochez <<oui>> ou <<non>> afin d'indiquer si un suivi a été mis en place. Le dépistage est nécessaire entre les semaines 28 et 32 de la gestation, ensuite entre la 6 et 8ième semaines suivant l'accouchement. Vous pouvez vous servir d'un outils de dépistage EPDS dans l'annexe D ci-jointe. Cochez si <<oui>> ou <<non>> pour les suivants: Si la patiente suivra des cours prénataux, si la patiente a reçu de l'éducation sur l'allaitement et si elle a l'intention d'allaiter.
35 - 37 SEMAINES	Indiquez le résultat (positif ou négatif) du Streptocoque du groupe B, si un dépistage a été réalisé, ainsi que la date. Si la patiente a refusé, cochez ainsi cette boîte.
Autres résultats de test de labo	Indiquez tout autres test de laboratoire ou d'imagerie diagnostique ont été effectués et noter les résultats.
Procédures spéciales / Tests	Indiquez si une amniocentèse et ou une Biopsie des villosités choriales (BVC) ont eu lieu. Si oui, inscrire la date ainsi que les résultats.
	Indiquez si DPNI a été effectué. Si oui, inscrire la date ainsi que les résultats.
	Indiquez si le vaccin contre la grippe saisonnière a été <<discuté>>, <<refusé>>, ou <<administré>>. Si le vaccin a été administré, indiquez la date.

	Indiquez si le test DTAP a été effectué (noter la date du test) ou si il a été refusé.
	Indiqué si le vaccin de la Covid-19 a été 'discuté', 'refusé' ou 'administré'. Si ce dernier a été administré, indiquez la date de la dose initiale et de la deuxième dose ainsi que le fabricant du vaccin.

Dossier anténatal (Partie 3 & 4)

Un rappel que l'étiquette de la patiente doit être placée au haut de la page à droite

** Si vous avez besoin de plus d'espace pour prendre des notes, vous pouvez imprimer des copies d'extra des évaluations subséquentes

Élément	Description
Groupe sanguin	Indiquez le groupe sanguin
SGB	Indiquez le statut SGB
Écographie T1	Indiquez la date ainsi que les résultats de l'écographie T1
Écographie T2	Indiquez la date ainsi que les résultats de l'écographie T2

Maternel / Foetal

Élément	Description
Facteurs de risque identifiés	Indiquez tout les facteurs de risque ayant été identifiés
Plan de gestion	Documenté le plan de la gestion de la grossesse actuelle
Consultations	Indiquez si des consultations ont eu ou auront lieu pendant la grossesse actuelle
Hospitalisations	Documenté si la patiente fut hospitalisée pendant la grossesse actuelle

Évaluations subséquentes

Élément	Description
DPA	Indiquez la date prévue d'accouchement
Âge	Indiquez l'âge de la patiente à l'accouchement
G	Indiquez gravida
P	Indiquez le nombre de grossesse prématuré
T	Indiquez le nombre de grossesse à terme
A	Indiquez si oui ou non la patiente à déjà subit un avortement (indiquez #)
V	Indiquez le nombre d'enfant (s) vivant (s)
IMC pré-grossesse	Indiquez l'IMC pré-grossesse de la patiente. Servez vous de l'annexe A comme guide de référence.

Veillez documenter, initialement, dater et signer pour chaque visite

Date	Documentez les dates de chaque visites
Âge de gest.	Documentez l'âge gestationnel lors des visites
HU	Documentez la hauteur utérine de la femme lors de chaque visite
T.A.	Documentez la tension artérielle de la femme lors des visites
Protéïnurie	Documentez la protéïnurie de la femme pour chaque visites

RCF / RCM	Documentez le rythme cardiaque foetal et maternel lors des visites
Position act.	Documentez le positionnement du foetus lors de chaque visite
Commentaires	Espace libre pour inscrire des notes
Prochaine visite	Inscrivez la date de la prochaine visite
Initiales	Inscrivez vos initiales pour chaque visites

Sujets de discussion

Vous trouverez ci-dessous, des sujets à discuter avec votre patiente qui servira de guide pour remplir le dossier anténatal.

Nutrition	Activité sexuelle
Voyages	RPM / HA
Dépistage de la dépression	Dépistage chez le nouveau-né
Gain de poids	Soins postpartum
Plan de travail	Fournisseurs de soins en service
Dépistage SGB	Soins néonataux
Exercice	Rencontres prénatales
Mouvement foetal	Plan de naissance
Classes sur l'allaitement	Contraception

Légende des acronymes

T.Plein - Temps plein
T.Partial - Temps partiel
µg - microgrammes
DPA- Date prévue d'accouchement
Écho - Écographie
TRA - Thérapie reproductive assistée
IO - Induction ovulaire
IUI - Insémination intra-utérine
FIV - Fécondation in vitro
ICSI- Injection de sperme intra cytoplasmique
GI - Gastro intestinal
VHS - Virus herpès simplex
ITS - Infection transmise sexuellement
Hb - Hémoglobuline
Plq - Plaquettes
HbsAg - Hémoglobuline antigène
ABO- Système de regroupement sanguin de Landsteiner
RH - Facteur Rhésus
VIH - Virus d'immunodéficience humaine
C&S - Culture et sensibilité
TSH - Thyroestimuline
FSC - Formule sanguine complète
GTT - Test de tolérance au glucose
rho-rhogam
AVAC - Accouchement vaginal après césarienne
BVC - Prélèvement des villosités choriales
TDVC - Tétanos, diphtérie, coqueluche
IM - D'imagerie médicale

G-gravida
P-prématuré
T-terme
A-avortement
V- vivant
Âge gest. - Âge gestationnel
HU - Hauteur utérine
TA - Tension artérielle
RCF - Rythme cardiaque foetal
RCM - Rythme cardiaque maternel
Position act. - Position actuelle du foetus
T1 - Premier trimestre
T2 - Deuxième trimestre

Obtenir des copies du Dossier Anténatale

Des copies du formulaire seront téléchargés sur le Boulevard et Skyline pour les fournisseurs de soins de santé pour l'imprimer à partir de leurs bureaux, les cliniques ou leurs établissements.

Des copies seront aussi disponibles sur le site Web du Programme de Santé Périnatale:
<http://fr.horizonnb.ca/établissements-et-services/programmes-provinciaux/programme-de-santé-périnatale-du-n-b/pour-les-professionnels-de-la-santé.aspx>

Si vous souhaitez recevoir des copies papier du formulaire, veuillez communiquer avec votre département d'imprimerie de votre établissement

Personne Ressource

Pour des commentaires ou questions concernant l'une quelconque du Dossier Anténatale veuillez communiquer avec :

Sarah Mallais, *CHIM/CGIS*, Coordonnatrice - Traitements des données
Programme de santé Périnatale du NB.

Téléphone : (506) 870-2454

Courriel : Sarah.Mallais@horizonNB.ca

Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse

TROP MAIGRE (IMC<18,5) Risque accru		NORMAL (IMC 18,5-24,9) Risque moindre		EN SURPOIDS (IMC 25,0-29,9) Risque accru		OBÈSE CLASSE I (IMC 30,0-34,9) Risque élevé		OBÈSE CLASSE II (IMV 35,0-39,9) Risque très élevé		OBÈSE CLASSE III (IMC >=40,0) Risque extrêmement élevé			
Poids avant la grossesse		Taille en pieds/pouces et mètres											
LB	KG	4 pi 8 po 1,42m	4 po 10 po 1,47m	5 pi 0 po 1,52m	5 pi 2 po 1,57m	5 pi 4 po 1,63m	5 pi 6 po 1,68m	5 po 8 po 1,73m	5 pi 10 po 1,78m	6 pi 0 po 1,83m	6 pi 2 po 1,88m	6 pi 4 po 1,93m	6 pi 6 po 1,98m
100	45,4	22,5	21,0	19,7	18,4	17,1	16,1	15,2	14,3	13,6	12,8	12,2	11,6
105	47,6	23,6	22,0	20,6	19,3	17,9	16,9	15,9	15,0	14,2	13,5	12,8	12,1
110	49,9	24,7	23,1	21,6	20,2	18,8	17,7	16,7	15,7	14,9	14,1	13,4	12,7
115	52,2	25,9	24,2	22,6	21,2	19,6	18,5	17,4	16,5	15,6	14,8	14,0	13,3
120	54,4	27,0	25,2	23,5	22,1	20,5	19,3	18,2	17,2	16,2	15,4	14,6	13,9
125	56,7	28,1	26,2	24,5	23,0	21,3	20,1	18,9	17,9	16,9	16,0	15,2	14,5
130	59,0	29,3	27,3	25,5	23,9	22,2	20,9	19,7	18,6	17,6	16,7	15,8	15,0
135	61,2	30,4	28,3	26,5	24,8	23,0	21,7	20,4	19,3	18,3	17,3	16,4	15,6
140	63,5	31,5	29,4	27,5	25,8	23,9	22,5	21,2	20,0	19,0	18,0	17,0	16,2
145	65,8	32,6	30,5	28,5	26,7	24,8	23,3	22,0	20,8	19,6	18,6	17,7	16,8
150	68,0	33,7	31,5	29,4	27,6	25,6	24,1	22,7	21,5	20,3	19,2	18,3	17,3
155	70,3	34,9	32,5	30,4	28,5	26,5	24,9	23,5	22,2	21,0	19,9	18,9	17,9
160	72,6	36,0	33,6	31,4	29,5	27,3	25,7	24,3	22,9	21,7	20,5	19,5	18,5
165	74,8	37,1	34,6	32,4	30,3	28,2	26,5	25,0	23,6	22,3	21,2	20,1	19,1
170	77,1	38,2	35,7	33,4	31,3	29,0	27,3	25,8	24,3	23,0	21,8	20,7	19,7
175	79,4	39,4	36,7	34,4	32,2	29,9	28,1	26,5	25,1	23,7	22,5	21,3	20,3
180	81,6	40,5	37,8	35,3	33,1	30,7	28,9	27,3	25,8	24,4	23,1	21,9	20,8
185	83,9	41,6	38,8	36,3	34,0	31,6	29,7	28,0	26,5	25,1	23,7	22,5	21,4
190	86,2	42,7	39,9	37,3	35,0	32,4	30,5	28,8	27,2	25,7	24,4	23,1	22,0
195	88,5	43,9	41,0	38,3	35,9	33,3	31,4	29,6	27,9	26,4	25,0	23,8	22,6
200	90,7	45,0	42,0	39,3	36,8	34,1	32,1	30,3	28,6	27,1	25,7	24,3	23,1
205	93,0	46,1	43,0	40,3	37,7	35,0	33,0	31,1	29,4	27,8	26,3	25,0	23,7
210	95,3	47,3	44,1	41,2	38,7	35,9	33,8	31,8	30,1	28,5	27,0	25,6	24,3
215	97,5	48,4	45,1	42,2	39,6	36,7	34,5	32,6	30,8	29,1	27,6	26,2	24,9
220	99,8	49,5	46,2	43,2	40,5	37,6	35,4	33,3	31,5	29,8	28,2	26,8	25,5
225	102,1	50,6	47,2	44,2	41,4	38,4	36,2	34,1	32,2	30,5	28,9	27,4	26,0
230	104,3	51,7	48,3	45,1	42,3	39,3	37,0	34,8	32,9	31,1	29,5	28,0	26,6
235	106,6	52,9	49,3	46,1	43,2	40,1	37,8	35,6	33,6	31,8	30,2	28,6	27,2
240	108,9	54,0	50,4	47,1	44,2	41,0	38,6	36,4	34,4	32,5	30,8	29,2	27,8
245	111,1	55,1	51,4	48,1	45,1	41,8	39,4	37,1	35,1	33,2	31,4	29,8	28,3
250	113,4	56,2	52,5	49,1	46,0	42,7	40,2	37,9	35,8	33,9	32,1	30,4	28,9
255	115,7	57,4	53,5	50,1	46,9	43,5	41,0	38,7	36,5	34,5	32,7	31,1	29,5
260	117,9	58,5	54,6	51,0	47,8	44,4	41,8	39,4	37,2	35,2	33,4	31,7	30,1
265	120,2	59,6	55,6	52,0	48,8	45,2	42,6	40,2	37,9	35,9	34,0	32,3	30,7
270	122,5	60,8	56,7	53,0	49,7	46,1	43,4	40,9	38,7	36,6	34,7	32,9	31,2
275	124,7	61,8	57,7	54,0	50,6	46,9	44,2	41,7	39,4	37,2	35,3	33,5	31,8
280	127,0	63,0	58,8	55,0	51,5	47,8	45,0	42,4	40,1	37,9	35,9	34,1	32,4
285	129,3	64,1	59,8	56,0	52,5	48,7	45,8	43,2	40,8	38,8	36,6	34,7	33,0
290	131,5	65,2	60,9	56,9	53,3	49,5	46,6	43,9	41,5	39,3	37,2	35,3	33,5
295	133,8	66,4	61,9	57,9	54,3	50,4	47,4	44,7	42,2	40,0	37,9	35,9	34,1
300	136,4	67,5	63,0	58,9	55,2	51,2	48,2	45,5	43,0	40,6	38,5	36,5	34,7
305	138,3	68,6	64,0	59,9	56,1	52,1	49,0	46,2	43,6	41,3	39,1	37,1	35,3
310	140,6	69,7	65,1	60,9	57,0	52,9	49,8	47,0	44,4	42,0	39,8	37,7	35,9
315	142,9	70,9	66,1	61,9	58,0	53,8	50,6	47,7	45,1	42,7	40,4	38,4	36,5
320	145,1	72,0	67,1	62,8	58,9	54,6	51,4	48,5	45,8	43,3	41,1	39,0	37,0
325	147,4	73,1	68,2	63,8	59,8	55,5	52,2	49,2	46,5	44,0	41,7	39,6	37,6
330	149,4	74,2	69,3	64,8	60,7	56,3	53,0	50,0	47,2	44,7	42,4	40,2	38,2
335	152,0	75,4	70,3	65,8	61,7	57,2	53,9	50,8	48,0	45,4	43,0	40,8	38,8
340	154,2	76,5	71,4	66,7	62,6	58,0	54,6	51,5	48,7	46,0	43,6	41,4	39,3
345	156,5	77,6	72,4	67,7	63,5	58,9	55,4	52,3	49,4	46,7	44,3	42,0	39,9

GUIDE DE NOTATION POUR LE QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE TWEAK

T	Tolérance « Combien de verres vous faut-il pour ressentir l'état d'ébriété? » (ou voici une autre formulation possible : « Combien de verres pouvez-vous prendre? ») <i>Consignez le nombre de verres.</i>	3 verre ou plus = 2 points
W	Worry (inquiété) « Est-ce que des amis ou des membres de votre famille se sont plaints ou se sont dit inquiets de votre consommation d'alcool au cours de la dernière année? »	Oui = 2 points
E	Eye-Opener (révélateur) « Vous arrive-t-il de prendre un verre le matin dès votre réveil? »	Oui = 1 point
A	Amnésie « Est-ce qu'un ami ou un membre de votre famille vous a déjà décrit quelque chose que vous aviez dit ou fait pendant que vous buviez et dont vous ne vous souveniez pas? »	Oui = 1 point
K (c)	Cut Down (réduire) « Pensez-vous parfois que vous devriez réduire votre consommation d'alcool? »	Oui = 1 point

Une note de 2 points ou plus indique une consommation à risque.

Source : Russell, M (1994). New Assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and others. Alcohol Health and Research World.

Comment poser “la question”?

Basé sur le guide de consommation maternelle tiré du « National FASD Screening Tool Development Project »

Questions d'introduction

➤ Pour les femmes d'âge de procréation

« J'aimerais vous poser une série de questions par rapport à votre style de vie. Je pose ces mêmes questions à toutes mes patientes car cela m'aide à mieux comprendre votre vie quotidienne (en termes de diète, exercice ainsi que d'autres habitudes de vie). Ceci m'aidera à mieux vous connaître et vous offrir des meilleurs soins. »

➤ Pour les femmes enceintes

« Je vais débiter en vous posant une série de questions médicales standardisées que je pose à toutes mes patientes pour aider à améliorer votre santé et la santé de votre/vos enfants (ou le nom de l'enfant, si préférable). »

Suite aux questions ci-hauts mentionnées, il est recommandé que les intervenants ne débutent pas avec des questions relatives à l'alcool comme celles mentionnées plus bas, mais plutôt, suite à une série de questions inoffensives par rapport au style de vie (exemple : prenez-vous des médicaments prescrits ou des médicaments à l'étagère? Prenez-vous des vitamines? Combien souvent avez-vous la chance de faire de l'exercice, ou du tout? Combien souvent utilisez-vous des produits naturels/homéopathiques?) Il a été démontré dans la littérature que les réponses les plus exactes sont dérivées lorsque les questions pertinentes à l'alcool sont dissimulées avec des questions par rapport aux autres comportements et pratiques de style de vie.

Quand avez-vous su que vous étiez enceinte?

Exemples de questions ouvertes prouvées efficaces:

Les options de questionnement suivantes ont été validées par différents experts

- ✓ « Quand était la dernière fois que vous avez consommé un verre? »
- ✓ « Buvez-vous parfois de la bière, du vin ou autre boissons alcoolisées? »
- ✓ « Utilisez-vous parfois de l'alcool? »
- ✓ « Dans les derniers 1 à 2 mois, avez-vous eu du plaisir à boire un ou deux verres d'alcool? »

Questions spécifiques à la grossesse?

- ✓ « Pouvez-vous me parler un peu de vos habitudes de consommation avant que vous ayez appris que vous étiez enceinte? »
- ✓ « Avez-vous été capable d'arrêter ou diminuer la consommation depuis que vous l'avez appris? »

Questions spécifiques aux adolescents

- ✓ « Quel genre de party avez-vous? OU Quel genre de party vos amis ont-ils? »

Suggestions utiles

- **Pour encourager un rapport plus efficace, on pourrait suggérer des niveaux plus élevés de consommation d'alcool/drogue:**
 - ✓ « Et sur ces jours-là, est-ce que ce serait environ 3 à 4 verres ou plutôt 8 à 10 verres? »

- Dans les cas d'une histoire confirmée ou suspectée d'une dépendance/abus d'alcool dans le passé
 - ✓ « Avez-vous déjà eu un problème de boisson? »
 - ✓ « Quand était votre dernier verre? »

Questions à éviter et alternatives:

➤ Évitez des questions telles que :

- ✓ « Buvez-vous fréquemment? »
- ✓ « Combien buvez-vous? »

- **Évitez des questions qui requièrent une réponse “oui” ou “non”.** Il est préférable de poser des questions ouvertes pour ouvrir un dialogue, tel que : « que savez-vous sur les effets de consommer pendant une grossesse? »

- **Évitez remarques qui augmentent la culpabilité** chez les femmes qui admettent la continuité de la consommation d'alcool

- ✓ « vous avez peut-être déjà fait du tort à votre enfant »




Plutôt, un exemple d'énoncé qui serait plus constructif

« Vous pouvez avoir un bébé plus en santé en arrêtant de consommer pour le reste de la grossesse »

Guide pour la consommation d'alcool par la mère

Projet d'élaboration d'un outil national de dépistage et l'ETCAF

Un verre standard = 0,5 oz d'alcool

	<p>Canette de bière de 12 oz (341 mL) = 0,5 oz d'alcool</p>		<p>Verre de vin de 5 oz (142 mL) = 0,5 oz d'alcool</p>
	<p>Bouteille de 12 oz (341 mL) de cooler = 0,5 oz d'alcool</p>		<p>Portion de vin fortifié (sherry ou porto) de 3 oz (85 mL) = 0,5 oz d'alcool</p>
			<p>Spiritueux distillés de 1,5 oz (43 mL) = 0,5 oz d'alcool</p>

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPS) GUIDE DE NOTATION

<p>Au cours des 7 derniers jours :</p> <p>1. J'ai été capable de rire et voir le côté drôle des choses.</p> <p>0 Autant qu'auparavant 1 Pas vraiment autant qu'auparavant 2 Certainement pas autant qu'auparavant 3 Pas du tout</p> <p>2. J'avais vraiment hâte de voir ce qui allait se passer dans les jours à venir.</p> <p>0 Autant que d'habitude 1 Un peu moins que d'habitude 2 Certainement moins que d'habitude 3 Presque pas</p> <p>3. Je me suis blâmée sans raison quand les choses ont mal tourné.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, parfois 1 Pas très souvent 0 Non, jamais</p> <p>4. J'ai été anxieuse ou inquiète sans bonne raison.</p> <p>0 Non, pas du tout 1 Presque jamais 2 Oui, parfois 3 Oui, très souvent</p> <p>5. J'ai ressenti de la peur ou de la panique sans avoir une très bonne raison.</p> <p>3 Oui, beaucoup 2 Oui, parfois 1 Non, pas beaucoup 0 Non, pas du tout</p>	<p>6. Je me suis sentie dépassée par les événements.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps, je n'ai pas été capable de m'organiser 2 Oui, parfois j'ai eu plus de difficulté que d'habitude à m'organiser 1 Non, la plupart du temps je me suis assez bien organisée 0 Non, je me suis aussi bien organisée que d'habitude</p> <p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu de la difficulté à dormir.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, parfois 1 Pas très souvent 0 Non, jamais</p> <p>8. Je me suis sentie triste ou j'avais les bleus.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, assez souvent 1 Pas très souvent 0 Non, pas du tout</p> <p>9. J'ai été tellement malheureuse que je pleurais.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, assez souvent 1 Pas très souvent 0 Non, pas du tout</p> <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.</p> <p>3 Oui, très souvent 2 Parfois 1 Presque jamais 0 Jamais</p>
--	--

Une note de 1 à 3 pour la question 10 indiquant un risque d'acte autodestructeur nécessite une évaluation immédiate de la santé mentale et l'intervention appropriée.

Une note de 11 à 13 indique qu'il faut surveiller, aider et informer.

Une note de 14 ou plus indique qu'il faut mener une évaluation diagnostique bio-psycho-sociale exhaustive pour dépression.

Source : Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R (1987). Department of Psychiatry, University of Edinburgh

Aide visuelle sur le cannabis



L'huile de cannabis pour la cigarette électronique et vapoteur



Concentré - "shadder", la cire, "crumble", "budder"



onguent topique: crème, lotions, baumes, pommades



See Hammond et al. International Cannabis Policy Study Wave 1 Survey (2018)

<http://cannabisproject.ca/methods>

Ressources supplémentaires

[Perinatal Services BC - Cannabis in Pregnancy Practice Resource \(Disponible en Anglais seulement\)](#)

[Health Sciences North Sudbury - Risks of Cannabis In Pregnancy Resource \(Disponible en Anglais seulement\)](#)

[Santé publique Ontario - Ressources sur l'utilisation du cannabis durant la grossesse](#)

[Agence de la santé publique du Canada - Ressources sur l'utilisation du cannabis durant la grossesse](#)