

# SYSTEME INFORMATIQUE PERINATAL

## HISTOIRE CLINIQUE PERINATALE

Formulaire complémentaire pour femmes en situation d'avortement

### Instructions pour l'emploi Définitions et concepts

*Fescina RH  
De Mucio B  
Martínez G  
Díaz Rossello JL  
Gómez Ponce de León R  
Mainero L  
Rubino M  
Mañibo M*

Centre Latinoaméricain de Périnatalogie/Santé de la Femme et de la Reproduction  
CLAP/SMR

Santé de la Famille et de la Communauté

Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé

[www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)  
[postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)



Titre est traduit:

Perinatal information system (SIP): perinatal clinical record: supplementary form for women undergoing abortion: directions to filling of questionnaire and definitions of terms

Fescina RH, De Mucio B, Abreu M, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Gómez Ponce de León R, Rubino M, Mañibo M. Systeme informatique perinatal (SIP): histoire clinique perinatale: formulaire complémentaire pour femmes en situation d'avortement: instuctions pour l'emploi, definitions et concepts. Montevideo: CLAP/SMR; mai 2009. (CLAP/MR. Publication Scientifique; 1564.04)

Information Systems / Abortion / Perinatal Care / Prenatal Care /

Centre Latinoaméricain de Périnatologie/Santé de la Femme et de la Reproduction - CLAP/SMR  
Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé - OPS/OMS

Boîte postale 627, 11000 Montevideo, Uruguay  
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593  
postmaster@clap.ops-oms.org  
www.clap.ops-oms.org

SYSTEME INFORMATIQUE PERINATAL  
HISTOIRE CLINIQUE PERINATALE  
Formulaire complémentaire pour femmes en situation d'avortement  
Instructions pour l'emploi. Définitions et concepts

Publication Scientifique CLAP/SMR 1564.04  
Mai 2009

ISBN 978-9974-622-36-4

Conception graphique: Juan Carlos Iglesias

Les Objectifs de Développement du Millénaire des Nations Unies ont posé un grand défi référant à la surveillance des indicateurs des buts relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Les systèmes d'information doivent être orientés à faciliter l'accomplissement de ces compromis en plus de garantir la qualité des prestations qui sont offertes. Cette qualité de l'attention est soutenue dans l'organisation des services et dans un système adéquat d'information qui doit disposer d'une Histoire Clinique appropriée et un flux de l'information qui garantit celui qui s'occupe du cas dans le lieu et le moment dans lequel il le fait, lequel toutes les données nécessaires pour le maniement correct sont dans son pouvoir

L'Histoire Clinique devra faciliter l'attention, la surveillance et la supervision de l'accomplissement des normes, de telle manière que le système de santé dispose d'une information précise et opportune pour la prise de décisions.

La richesse de données contenues dans l'Histoire Clinique Périnatal et ses formulaires complémentaires permettent de constituer la banque la plus précieuse de données dont dispose l'équipe de santé, soyez déjà de pour connaître les caractéristiques de la population emprunteuse, pour évaluer les résultats de l'attention offerte identifier les problèmes prioritaires, surveiller des indicateurs clés et réaliser des investigations opérationnelles et épidémiologiques

Le Système Informatique Périnatal (SIP) conçu par le CLAP/SMR en 1983, inclut un programme de calcul pour recueillir et analyser l'information clinique qui s'intègre au processus d'attention de la santé à différents niveaux de complexité; il est constitué par l'Histoire Clinique Périnatal (HCP) le partogramme le Carnet Périnatal (CP), les formulaires complémentaires et les programmes pour des PCs

Les objectifs du SIP sont :

- servir d'une base à planifier l'attention
- vérifier et à suivre l'implantation de pratiques basée sur des évidences
- unifier la récolte de données en adoptant des normes
- faciliter la communication entre différents niveaux
- obtenir localement des statistiques de confiance
- favoriser l'accomplissement de normes
- faciliter la formation du personnel de santé
- enregistrer des données d'intérêt légal • faciliter l'auditorat
- caractériser la population assistée • évaluer la qualité de l'attention
- classer des problèmes par catégories.
- réaliser des investigations épidémiologiques opérationnelles

Dans ce manuel décrit dans un détail la forme de remplissage et la définition et l'interprétation de chacune des variables que l'Histoire Clinique Périnatal présente et du secteur correspondant aux Femmes dans la Situation d'Avortement.

# TABLE DES MATIERES

	Page
Introduction	5
Contenu du présent manuel	7
Sections de l'Histoire Clinique Périnatale	13
• IDENTIFICATION	13
• ANTECEDENTS FAMILIAUX, PERSONNELS ET OBSTETRICAUX	15
• GROSSESSE ACTUELLE	19
• ADMISSION POUR AVORTEMENT	34
• PROVENANCE	35
• PRÉ-PROCÉDÉ	36
• TRAITEMENT-PROCÉDÉ	45
• POST-PROCÉDÉ	49
• CONTRACEPTION	52
• SORTIE	53
• ANNEXE A - Échelle visuelle analogue de la douleur (EVAD)	55
• ANNEXE B - Classement International des Maladies (CIM)	56
Références Bibliographiques	61

# SYSTEME INFORMATIQUE PERINATAL: HISTOIRE CLINIQUE PERINATALE

## Introducción

Le Centre Latino-américain de Périnatalogie/Santé de la Femme et Reproductive (CLAP/SMR) est un centre et unité technique de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) qui fournit un appui technique aux pays de l'Amérique Latine et la Caraïbe dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

En 1983, le CLAP/SMR publia le Système Informatique périnatal (SIP) et depuis, nombreux ont été les établissements de santé qui l'ont utilisé aussi bien en Amérique que dans la Caraïbe. Le SIP est constitué d'un groupe d'instruments originellement conçus pour être utilisés dans les services d'obstétrique et de néonatalogie des institutions qui prennent en charge les femmes et les nouveaux nés sains et avec des problèmes mineurs. Ces outils sont, entre autres, l'histoire clinique périnatale (HCP), le carnet périnatal, le programme de saisie et de traitement local des données et le partogramme. Récemment, suite à de nouveaux défis et demandes des pays de la Région, des formulaires complémentaires de l'HCP ont été développés.

L'HCP a été conçu pour atteindre les objectifs suivants:

- Servir de base pour la planification de la prise en charge de la femme enceinte et de son bébé et pour faciliter le fonctionnement des services prénatals.
- Normaliser et standardiser la collecte des données
- Faciliter l'application des normes de prise en charge de la femme enceinte et du nouveau né
- Offrir des éléments indispensables pour la supervision et l'évaluation des centres de prise en charge pour la mère et son bébé
- Aider à la formation de l'équipe de santé
- Connaitre les caractéristiques du groupe cible
- Constituer un registre de données d'intérêt légal pour la femme enceinte, son bébé, l'équipe de santé et l'institution de santé.

Le SIP permet que dans une même maternité, les données de l'HCP puissent être saisies sur une base de données créée avec le programme SIP et produire des informations locales. Au niveau pays ou régional, les bases de données des maternités peuvent être consolidées et analysées pour décrire la situation des indicateurs dans le temps, selon les zones

géographiques, les réseaux de services ou autres caractéristiques spécifiques des populations. Au niveau central, l'HCP se transforme en un instrument utile pour la surveillance d'événements maternels et néonataux et pour l'évaluation des programmes nationaux et régionaux.

Depuis sa création, HCP a été modifiée en plusieurs occasions. Ces modifications obéissent à la nécessité de maintenir actualisé son contenu avec la meilleure évidence scientifique disponible et à celle d'inclure les priorités – nationales et internationales – définies par les Ministères de Santé de la Région. Son format et sa conception ont cependant subi peu de modifications. Les données cliniques depuis la gestation jusqu'au postpartum se présentent sur une seule page, la plupart des données cliniques requièrent l'enregistrement d'une marque dans des espaces préalablement définis et les données qui requièrent plus d'information, d'étude ou de suivi (alerte ) sont présentées en jaune.

Dans ce manuel le CLAP/SMR présente la dernière version de l'HCP et du formulaire complémentaire pour les femmes en situation d'avortement. Ces outils ont été développés pour apporter une réponse aux priorités actuelles de la région. En vue de faciliter la formation et l'utilisation de ces outils, ce manuel cherche à informer les utilisateurs du SIP sur les termes, les définitions et les façons d'obtenir des données cliniques valides.

Le formulaire complémentaire pour les femmes en situation d'avortement est le produit de la coopération entre l'OPS/OMS-CLAP/SMR et IPAS. Cet outil a pour objectif principal la réduction de la morbidité et de la mortalité de la femme par avortement. Il offre aussi un guide d'appui pour l'équipe de santé en facilitant le processus de diagnostic et l'assistance de qualité en cas d'avortement à différentes périodes en produisant une information pertinente pour la prise de décision.

## Contenu du présent manuel

Comme il a été expliqué dans le chapitre antérieur, l'HCP est un instrument conçu pour aider dans les décisions en rapport avec le traitement clinique individuel de la femme (au cours du contrôle prénatal, de l'accouchement et du puerpérium) et du nouveau-né (de sa naissance jusqu'au moment de sa sortie de la maternité). Lorsque son contenu fait partie d'une base de données, l'HCP se transforme en un instrument utile pour la surveillance d'événements maternels et néonataux.

Dans les deux rôles, il est essentiel que les données enregistrées dans l'HCP soient complètes, valides, fiables et standardisées. Pour aider les utilisateurs du SIP à atteindre cet idéal, le présent manuel inclut les informations suivantes :

- Une explication concise sur la définition et les concepts liés aux termes inclus dans l'HCP
- Lorsque cela s'avère approprié, il est conseillé d'utiliser des techniques valables pour obtenir les données (par exemple par des questions, par l'observation ou la mesure)
- Une description concise de la justification pour l'inclusion de la variable dans l'HCP.

Ces informations sont présentées en suivant les sections de l'HCP. Les termes de l'HCP seront présentés aussi bien dans leur dénomination complète que sous leur version abrégée ou leurs initiales.

Les sections de l'HCP se constituent de différentes formes pour la collecte des données	
Dans certains secteurs, il y a des espaces libres qui permettent d'inscrire des lettres et des chiffres, comme le montre l'exemple	DOMICILE <u>Avenue des Amériques 6937</u>
D'autres secteurs sont de forme rectangulaire et admettent seulement des chiffres	années dernier niveau <input type="text" value="6"/>
Enfin, certaines données seront enregistrées en cochant un cercle	non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/>
La manière correcte de noter les chiffres est le remplissage de toutes les cases	grossesses précédents = 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> Hb = 9,5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> leucocytes = 5000 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
Les manières correctes de cocher le cercle sont les suivantes :	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Toute autre façon de remplir cet espace doit être évité, par exemple	<input type="radio"/>

Dans les pages suivantes, l'Histoire Clinique Périnatale (régionale) est présentée recto verso avec le formulaire complémentaire pour les femmes en situation d'avortement.



# Histoire Clinique Périnatale (verso)

CLAP (OPS/OMS) Système informatique périnatale

Dossier périnatal de base

## LISTE DE CODES

Les numéros de la colonne de gauche servent à la codification du présent formulaire. Les codes de la colonne de droite sont les équivalences selon la Classification Internationale de Maladies (CIM-10) OPS/OMS 1992.

PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA PUERPERALITÉ		PATHOLOGIES NÉONATALES	
50 GROSSESSE MULTIPLE	030	50 SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NÉ	P22.0
51 HYPERTENSION PRÉEXISTANTE	010	51 SYNDROMES NÉONATAUX D'ASPIRATION	P24
01 Hypertension essentielle préexistante	010.0	52 APNÉE DU NOUVEAU-NÉ	P28.3-P29.4
02 Hypertension secondaire préexistante	010.4	53 AUTRES AFFECTIONS RESP ET CARDIO-VASCULAIRES	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 HYPERTENSION GÉSTATIONNELLE	013, 014	01 Perméabilité du canal artériel	Q25.0
04 Hypertension de la mère	016	02 Persistance de la circulation foetale	P29.3
05 Hypertension gestationnelle sans protéinurie importante	013	03 Pneumonie congénitale	P23
06 Hypertension gestationnelle avec protéinurie importante	014	04 Emphysème interstitiel et affections apparentées	P25
53 Hypertension previa con proteinuria sobregregada	011	05 Tachypnée transitoire du nouveau-né	P22.1
54 ECLAMPSIE	015	06 Maladie respiratoire chronique	P27
55 CARDIOPATHIE	Z86.7		
56 DIABETE	O24		
57 Diabète préexistant, insulino-dépendant	O24.0	07 Maladie hémorragique du foetus et du nouveau-né	P53
58 Diabète préexistant, non insulino-dépendant	O24.1	55 Hémorragie pulmonaire de la période périnatale	P26
59 Diabète survenant au cours de la grossesse	O24.4	56 Hémorragie ombilicale du nouveau-né (exclure omphalite)	F51
07 Anomalies de l'absorption et de la sécrétion du glucose	R73.0		
60 INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE	O23.0-O23.4	<b>HYPERBILIRUBINÉMIES</b>	
08 Résultat anormal de l'examen microbiologique des urines	R82.7	08 Iso-immunisation Rh du foetus et du nouveau-né	P55.0
61 AUTRES INFECTIONS	O98, B06, B50-B54, A60	09 Iso-immunisation ABO du foetus et du nouveau-né	P55.1
62 Infections de l'appareil génital	O23.5	10 Séro-néonatal associé à un accouchement avant terme	P55.0
09 Syphilis	O98.1	58 HEMATOLOGIQUES (exclut P50-P59)	P60-P61
10 Gonococcie	O98.2	11 Polycythémie du nouveau-né	P61.1
11 Paludisme	B50-B54	12 Anémie congénitale par perte de sang foetal	P61.3
12 Herpes simplex ano-génital	A60	13 Anémie fœtale	D57.0-D57.2 et D57.8 (reste del P60-P61)
63 Hépatite virale	O98.4		
64 Tuberculose	O98.5	<b>INFECTIONS</b>	
80 Rubéole	B06.0, B06.8 y B06.9	14 Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	G00
65 MALADIES PARASITAIRES	O98.8	15 Ménigitis bactérienne, non classées ailleurs	P38
77 Chagas	O98.6	16 Omphalite du nouveau-né	P39.1, A54.3
78 Toxoplasmosis	O98.6	17 Conjonctivite et dacryocystite	P39.4, L00
66 RETARD DE CROISSANCE ET MALNUTRITION DU FOETUS	O98.6	59 infection néonatale de la peau	P38
67 ACCOUCHEMENT AVANT TERME	P05	18 Septicémie	(reste del P35-P39)
13 Béance du col	O60	20 Entérocolite nécrosoante du foetus et du nouveau-né	P77
68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O34.3	49 Tétanos néonatal	A33
14 Dystocie due à une présentation anormale du foetus	O64, O65, O69	60 Syllis congénitale	A50
15 Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère	O94	61 Maladies virales congénitales	P35
16 Dystocie dues au fœtus	O65	68 Syndrome de rubéole congénitale	P35.5
69 HÉMORRAGIE DU DEBUT DE LA GROSSESSE	O66	69 Cytomegalovirus	P35.6
17 Mile hydatiforme	O20	70 Toxodermose congénitale	P37.1
18 Avortement spontané	O01	19 Autres infections spécifiques de la période périnatale	R75
19 Grossesse extra-utérine	O02.1, O03	<b>NEUROLOGIQUES (EXCLUT MALFORMATIONS)</b>	(reste de P60-P61)
20 Avortement médical	O00	33 Hydrocéphalie	G91
21 Menace d'avortement	O00.4	34 Kystes périventriculaires acquis ou Leucomalacie cérébrale du nouveau-né	P91.1, P91.2
70 HÉMORRAGIE 2 <sup>o</sup> OU 3 <sup>o</sup> TRIMESTRE	O20.0	35 Traumatismes ostéotendineux syst.	
22 Placenta previa avec hémorragie	O44.1	neux central hémorragie intracranienne	P10, P11, P14
23 Séparation prématurée du placenta	O45	36 Hémorragie intracranienne non traumatique	P52
24 Hémorragie précédant l'accouchement avec anomalie de la coagulation	O46.0	37 Convulsions du nouveau-né	P90
25 Rupture de l'utérus avant ou pendant le travail	O71.0, O71.1	59 Asphyxie obstétricale	P21
26 Déchirure obstétricale du col de l'utérus	O71.3	38 Autres affections cérébrales du nouveau-né	P41
71 ANÉMIE	O99.0	<b>METABOLIQUES/NUTRITIONNELLES</b>	
27 Anémie due au manque de Fe	D50	43 Syndrome de l'enfant de mère diabétique (diabète de grossesse ou non)	P70.0, P70.1
79 Anémie falciforme	D57.0-D57.2 et D57.8	44 Hypoglycémie	P70.3, P70.4, E16.2
72 RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES	O42	46 Autres affections de l'appareil digestif du nouveau-né	P75-P78
28 Infections du sac amniotique et des membranes	O41.1	66 AUTRES PATHOLOGIES DU NOUVEAU-NÉ	
73 AUTRES INFECTIONS PUERPERALES	O85, O86	40 Autres affections rétinienne	H35
29 Septicémie puerpérale	O85	41 Hernie inguinale	H40
30 Infections mammaires associées à l'accouchement	O91	65 Hypothermie du nouveau-né	P80.0 (exclut hypothermie modérée P80.8)
74 HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM	O72.0, O72.2		
31 Hémorragie de la délivrance, ou tardive et secondaire	O72.0, O72.2	<b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b>	
32 Autres hémorragies immédiates du postpartum	O70.0, O70.1	120 Anencéphalie	Q00.0
33 Déchirure obstétricale du périnée, 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> degrés	O70.2, O70.3	121 Spina bifida	O05, Q07.0
34 Déchirure obstétricale du périnée, 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> degrés	O71.0, O71.3	122 Anomalies anatomiques localisées du développement de l'encéphale	Q00.0
35 Autres pathologies	(reste de O00-O99)	123 Hydrocéphalie congénitale	Q03
36 Placenta previa sans hémorragie	O44.0	124 Microcéphalie	Q02
37 Vomissements incoercibles	O21	125 Héloprosencephalie	Q04.2
38 Dépendance au drogues non précisées liées à la grossesse	O26.8, O99.8 (conditions en N00-N39)	127 Autres malformations congénitales de l'encéphale	Q04.0, Q06
39 Détresse foetale	F10-F19	128 Tronc artériel commun	O20.0
40 Hydramnios	O40	129 Communication ventriculo-auriculaire discordante	Q20.3
41 Oligoamnios	O41.0	130 Tétalogie de Falot	Q21.3
42 Anomalies du cordon ombilical	O69	131 Ventricule à double issue	Q20.4
43 Complications de l'anesthésie	O74	132 Ventricule droit à double issue	Q20.1
44 Embolie obstétricale	O88	133 Communication auriculo-ventriculaire	Q21.2
45 Rupture d'une suture de césarienne	O90.0	134 Atresie de la valve pulmonaire	Q22.0
46 Rupture d'une suture obstétricale du périnée	O90.1	135 Sténose congénitale de la valvule tricuspide	Q22.4
47 SIDA	B20-B24	136 Hypoplasie du coeur gauche	Q23.4
76 VIH positif	R75	137 Coarctation de l'aorte	Q25.1
48 Tumeur maligne du col de l'utérus	C50	138 Retour veineux pulmonaire anormal total	Q26.2
49 Tumeur maligne du sein	C50	139 Autres malformations cardiaques/circulatoires/respiratoires	Q24.28, 34
		140 Fente palatine	Q35
		141 Atresie de l'oesophage avec fistule trachéo-oesophagienne	Q39.1
		142 Atresie de l'oesophage (sans fistule)	Q39.0, Q39.1
		143 Absence, atresie et sténose du colon ou rectum	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Absence, atresie et sténose de l'anus, (sans fistule)	Q42.3
		145 Exomphalie	Q79.2
		146 Gastroschisis	Q79.3
		147 Absence, atresie et sténose du duodénum	Q41.0
		148 Absence, atresie et sténose du jéjunum	Q41.1
		149 Absence, atresie et sténose de l'iléon	Q41.2
		150 Autres malformations gastrointestinales	Q40.43, 45
		151 Malformations des organes génitaux	Q50-56
		152 Agnésie rénale, bilatérale	Q61.1
		153 Maladies kystiques du rein	Q61.1-1, 19
		154 Hydronephrose congénitale	Q62.0
		155 Hypospadias	Q54
		156 Autres malformations du rein/ de l'appareil urinaire	Q63.64
		157 Trisomie 13	Q91.0, Q91.5, Q91.6
		158 Trisomie 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
		159 Syndrome de Down	Q90
		160 Autres trisomies ou anomalies des chromosomes	Q92, 97-99
		126 Fente labiale	Q85
		161 Polydactylie	Q89
		162 Syndactylie	Q70
		163 Gischonodroxyplasias	Q77.78
		164 Pied bot varus, equin, talus varus, pied plat	Q66.8
		165 Hernie diaphragmatique congénitale	Q79.0
		166 Hidrops fœtal	P56, P58.2
		167 Cicquisme sévère	P12
		168 Malformations ostéo-articulaires et des muscles	Q68, 74, 75, 79
		169 Malformations de la peau et des phanères	Q82, 84

HCP/OPS/OMS



# Carnet Périnatal (verso)

**CARNET PÉRINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS**

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE** jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

**LIEU DERNIER ACCOUCHE**  à l'hôpital  à domicile

**ALPHA BÊTA**  aucune  élémentaire

**ÉTUDES**  aucune  secondaires  universitaires

**ÉTAT CIVIL**  marié  union stable  célibataire  autre

**Lieu de naissance**  local  étranger

**ADRESSE** \_\_\_\_\_ **TELEPH.** \_\_\_\_\_

**VILLE** \_\_\_\_\_ **ÂGE (années)**  < 15  > 35

**ANTECEDENTS**

**FAMILIAUX**  non  oui

**PERSONNELS**  non  oui

**NAISSANCES PRÉCÉDENTES**

**grossesses précédentes**  non  oui

**avort. spontanés**  non  oui

**vaginales**  non  oui

**nouveaux-nés**  non  oui

**vivants**  non  oui

**FIN GROSSESSE PRÉCÉDENTE** jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

**DERNIER NOUVEAU-NÉ**  n/a  <2500g  normal  >4000g

**gestes**  non  oui

**césariennes**  non  oui

**mort-nés**  non  oui

**décès**  non  oui

**GROSSESSE PRÉVUE**  non  oui

**MÉTHODE CONTRACEPTIVE**  préservatif  stérilet  hormonal  urgence naturelle

**GESTATION ACTUELLE**

**POIDS ANTERIEUR** \_\_\_\_\_ Kg

**TAILLE (cm)** \_\_\_\_\_

**MÉTHODE AG FIABLE**  non  oui

**FUMEUSE ACT.**  non  oui

**FUMEUSE PAS.**  non  oui

**DROGUES**  non  oui

**ALCOOL**  non  oui

**VIOLENCE**  non  oui

**ANTIRIBOULEUX**  déjà reçu  ne s'attas.

**ANTITÉTANOS**  à jour  non

**EX. NORMAL**  non  oui

**CERVIX**  normal  anormal

**GROUPE Rh.**  non  oui

**Sensibil.**  non  oui

**VIH**  <20 sem  non  oui

**Hb <20 sem** \_\_\_\_\_ g

**Fe/FOLATES**  non  oui

**Hb >20 sem** \_\_\_\_\_ g

**SYPHILIS - Diagnostic et Traitement**

**paludisme**  non  oui

**bactériurie**  sem. normal  anormal  non fait

**glycémie à jeun**  <20 sem  non  oui

**préparation pour l'accouchement**  non  oui

**conseils allait maternel**  non  oui

**CONSULTATIONS PRÉNATALES**

**NAISSANCE**  non  oui

**AVORT.**  non  oui

**HOSPITALIS. PENDANT GROSSESSE**  non  oui

**CORTICOSTÉROÏDES**  non  oui

**DEBUT spontané**  non  oui

**RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES**  non  oui

**AGE GEST. À LA NAISSANCE** semaines \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_

**POSITION**  céphalique  pelvienne  transverse

**ACCORD DE LA TAILLE DU FOETUS**  non  oui

**ACCOMPAGNATEUR**  non  oui

**TERMINATION**  spont.  forceps  césariennes  autre  vacuum

**INDICATION D'INDUCTION OU DE CHIRURGIE** \_\_\_\_\_

**NOTES** \_\_\_\_\_

**NAISSANCE**  vivant  décès

**heure** \_\_\_\_\_ **min** \_\_\_\_\_

**jour** \_\_\_\_\_ **mois** \_\_\_\_\_ **année** \_\_\_\_\_

**MULTIPLE**  non  oui

**HTA antérieure**  non  oui

**HTA gravitique**  non  oui

**prééclampsie**  non  oui

**éclampsie**  non  oui

**cardiopathie**  non  oui

**néphropathie**  non  oui

**diabète**  non  oui

**infection urinaire**  non  oui

**menace accouch. prématurée**  non  oui

**R.C.I.U.**  non  oui

**rupture prém. des membranes**  non  oui

**anémie**  non  oui

**autres** \_\_\_\_\_

**POUR LE NOUVEAU-NÉ**

**SEXE**  f  m

**POIDS À LA NAISSANCE** \_\_\_\_\_ g

**TAILLE** \_\_\_\_\_ cm

**AGE GESTATIONNEL** \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_ jours

**DRR**  bon  petit  grand

**APGAR** 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>ème</sup> \_\_\_\_\_

**POIDS AG** \_\_\_\_\_ g

**ANIMALES**  non  oui

**EN SALLE DE TRAVAIL**  non  oui

**SUIVI**  non  oui

**REANIMATION**  non  oui

**DÉCÈS**  non  oui

**PUERPERIUM**

**TRANSFÉRÉ**  non  oui

**ANOMALIES CONGÉNITALES**  non  oui

**EXAMEN NEONATAL**

**VDRL**  non  oui

**Trait.**  non  oui

**Meconium**  non  oui

**Antiriboeuleux**  non  oui

**Post partum**  non  oui

**CONTRACEPTION**  non  oui

**CONSEILS**  non  oui

**SORTIE DU NOUVEAU-NÉ**

**vivant**  non  décédé

**transfert**  non  oui

**décès pendant ou après transfert**  non  oui

**AGE** \_\_\_\_\_ jours complets

**ALIMENTATION À LA SORTIE**  allaitement mat.  allaitement mixt.  artificiel

**POIDS À LA SORTIE** \_\_\_\_\_ g

**SORTIE MÈRE**

**transfert**  non  oui

**lieu** \_\_\_\_\_

**CHOIX DE LA MÉTHODE**  DIU après accouchement  DIU naturel  barrière  hormonal  aucune

(elle indique pas nécessairement un risque ou une pratique inadéquate)  
 Cette couleur indique une alerte  
 Voir codes au verso  
 CERNAP (Regional) 2025

Hauteur utérine et augmentation du poids maternel selon l'âge gestationnel. L'âge gestationnel une fois déterminé, est placé sur le graphique et les valeurs obtenues sont comparées aux percentiles (P10, P25 ET P90).





## ETUDES

Cela se réfère aux études effectuées dans le système d'éducation formel.

Demander: *Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint ?*

*Primaire ? Secondaire ? Universitaire ?*

Enregistrer uniquement le niveau le plus élevé.

## ANNEES DU NIVEAU LE PLUS ELEVE

Demander : *Quelle a été l'année la plus élevée de ce niveau que vous avez passée avec succès ?* Enregistrer uniquement l'année la plus élevée, réussie par la Femme enceinte. Par exemple, si celle-ci indique avoir complété la 3ème année secondaire, on marquera : Secondaire et on inscrira « 3 » dans l'espace correspondant à : « années du niveau plus élevé ».

## ETAT CIVIL

Enregistrer l'état civil correspondant : mariée, union stable, célibataire, autre.

On enregistrera également si la femme enceinte vit seule ou non.

## LIEU DU CONTROLE PRENATAL

Noter le code attribué par les autorités nationales de la santé au lieu où a été réalisé le contrôle prénatal.

## LIEU DE L'ACCOUCHEMENT

Noter le code attribué par les autorités de la santé à l'établissement dans lequel a eu lieu l'avortement.

Si le contrôle prénatal et l'accouchement ont eu lieu dans le même établissement, le code sera répété dans les deux variables.

## NUMERO D'IDENTITE (N° Identité)

Il correspond au numéro d'identification de la femme enceinte (par exemple, le numéro de l'histoire clinique ou le numéro du **document d'identité**).

## Section :

# ANTECEDENTS FAMILIAUX, PERSONNELS ET OBSTETRICAUX

<b>ANTECEDENTS</b>	<b>FAMILIAUX</b>	<b>PERSONNELS</b>	<b>NAISSANCES PRECEDENTES</b>	<b>grossesses precedentes</b>	<b>avort. spontanes</b>	<b>vaginales</b>	<b>nouveaux-nés</b>	<b>vivants</b>	<b>FIN GROSSESE PRECEDENTE</b>
	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui tuberculose <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui diabete <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui hypertension <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui prééclampsie <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui éclampsie <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui autre	<input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui chirurgie app. génitales <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui infertilité <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui cardiopathie <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui néphropathie <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui violence	<b>DERNIER NOUVEAU-NÉ</b> <input type="radio"/> n/a <input checked="" type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> normal <input checked="" type="radio"/> ≥4000g Antécédents de jumeaux	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> jour <input type="radio"/> mois <input type="radio"/> année <input type="radio"/> < 1 an GROSSESE PRÉVUE <input type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui MÉTHODE CONTRACEPTIVE <input checked="" type="radio"/> pas utilisée <input type="radio"/> préservatif <input type="radio"/> stérilet <input type="radio"/> hormo nale <input type="radio"/> ur-gence <input type="radio"/> méthode naturelle

Ces données s'obtiennent au moment de la première consultation prénatale. Si la femme est hospitalisée (pour cause de avortement ou pour maladie) dans un établissement différent du lieu du contrôle prénatal, les données de cette section pourront être tirées du CARNET PERINATAL ou par interrogatoire direct au moment de l'admission de la femme enceinte.

### ANTECEDENTS FAMILIAUX

Ces derniers font référence aux antécédents du partenaire, des parents ou de la fratrie.

Demander: *Dans votre famille, quelqu'un a-t-il eu...(mentionner chacune des pathologies de l'HCP) ?* Si la réponse est affirmative, demander : *Qui ?*

### ANTECEDENTS PERSONNELS

Ce terme se réfère aux antécédents propres de la femme enceinte. Noter que la liste inclut les pathologies mentionnées dans les antécédents familiaux, en plus de 5 autres antécédents (chirurgie génito-urinaire, infertilité, cardiopathie, néphropathie et violence).

Le terme : chirurgie génito-urinaire n'inclut pas les césariennes.

Concernant le terme : violence, il est recommandé de faire des recherches simultanément tant sur les antécédents de celle-ci que sur sa présence ou son absence au cours de la grossesse actuelle (voir Section grossesse actuelle).

Cocher le cercle **“Oui”** ou **“Non”** selon le cas.

### ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

#### GROSSESSES ANTERIEURES

Ce terme se réfère au nombre de grossesses antérieures, sans inclure la grossesse actuelle. Indiquer 00 s'il s'agit d'une première grossesse.

## ACCOUCHEMENTS / VOIE VAGINALE – CESARIENNES

Ce terme fait référence au nombre d'accouchements. Le cas échéant, on notera ce nombre, au sujet duquel la question sera posée: *Combien d'accouchements ont eu lieu par voie vaginale et combien par césarienne?*

En outre, on recherchera le poids du nouveau-né lors de la dernière grossesse.

Marquer si le poids de ce dernier était de moins de 2500 g ou s'il fut égal ou supérieur à 4000 g, s'il fut normal ou **N/A (non applicable)** s'il n'y a pas eu de naissances antérieures.

Enfin, en rapport avec les grossesses précédentes, enregistrer s'il y a eu des antécédents de jumeaux (**Oui/Non**) selon le cas.

## AVORTEMENTS

L'avortement se définit comme une expulsion avant les 22 semaines du produit de la grossesse, mort ou avec un poids inférieur à 500 grammes. On enregistrera de la même manière les avortements spontanés ou induits.

En rapport avec le nombre d'avortements, si la femme enceinte rapporte qu'elle a eu 3 avortements spontanés consécutifs, on marquera alors le rectangle jaune correspondant.

## NAISSANCES VIVANTES

Selon la CIE 10, le nouveau-né sera classé vivant s'il indique tout signe de vie après son expulsion ou son extraction complète du corps de sa mère, indépendamment de la durée de la grossesse. Sont considérés comme signes de vie : la respiration du nouveau-né, les battements de son cœur, les pulsations de son cordon ou s'il montre des mouvements appréciables des muscles volontaires.

La classification d'une naissance comme vivante est indépendante de la section ou non du cordon ombilical ou de la séparation ou non du placenta.

## GROSSESSE ECTOPIC (gros. ectopic)

On notera l'existence préalable de grossesses dehors de l'utérus.

## MORT-NES

Selon la CIE 10, le nouveau-né sera classé mort-né s'il n'indique aucun signe de vie après son expulsion ou son extraction complète du corps de sa mère, indépendamment de la durée de la grossesse.

## VIVANTS

Cette donnée enregistre le nombre d'enfants qui sont vivants au moment de la consultation.

## MORTS 1ère SEMAINE

Cette donnée enregistre les nouveau-nés qui sont nés vivants, mais qui meurent au cours de la période comprise entre la naissance et le septième jour (6 jours, 23 heures, 59 minutes). Ces indications seront enregistrées dans le rectangle correspondant.

## MORTS APRES 1ère SEMAINE

Cette donnée enregistre les nouveau-nés qui sont nés vivants, mais qui sont morts après la 1ère semaine de vie (7 jours ou plus). Il n'existe pas de limite supérieure et en théorie, cette définition inclut les décès survenus jusqu'au jour même de la consultation, ce qui sera enregistré dans le rectangle correspondant.

## FIN GROSSESSE ANTERIEURE

Noter le jour, le mois et l'année de finalisation de la grossesse immédiatement antérieure à l'actuelle, qu'il s'agisse d'un accouchement ou d'un avortement.

Laisser un blanc s'il s'agit d'une primigeste. Remplir le cercle jaune si la finalisation de la grossesse antérieure est survenue avant un an par rapport au début de la grossesse actuelle.

Remplir le cercle jaune dans les cas suivants :

- L'intervalle entre l'accouchement précédent et la grossesse actuelle est inférieur à 1 an
- L'intervalle entre l'avortement antérieur et la grossesse actuelle est inférieur à 1 an.

L'intervalle intergénéral est un thème qui a suscité des discussions et a été enrichi d'autres apports (cf. la Publication Scientifique du CLAP/SMR N° 1562).

## GROSSESSE PREVUE

Cette donnée enregistre la grossesse désirée ou qui arrive à un moment opportun.

Lorsque les deux conditions sont réunies, on marquera **Oui**, et lorsqu'une des deux conditions n'est pas réunie, on marquera **Non** (en jaune).

Pour aider à l'identification de la grossesse non planifiée, demander : *Quand avez-vous su que vous étiez enceinte. Voulez-vous tomber enceinte? Voulez-vous attendre un peu plus? ou vous ne voulez pas avoir( plus) d'enfants?*

## **ECHEC DE LA METODE CONTRACEPTIVE AVANT LA GROSSESSE ACTUELLE (Echec Méthode Contraceptive)**

Demander: *au moment où vous avez eu connaissance de cette grossesse, étiez-vous en train d'utiliser une méthode contraceptive?*

Les réponses possibles sont classées comme suit :

- (1) Aucune méthode n'était utilisée (pas utilisée)
- (2) Barrière: condom masculin, condom féminin, diaphragme, préservatif.
- (3) Dispositif intra-utérin (stérilet)
- (4) Hormonale : oral (pilules), transdermique (timbre, vaginal), implant hypodermique ou injectable
- (5) Contraceptif d'urgence (urgence) : Lévonorgestrel seul, ou avec oestrogènes et progestatif combinés
- (6) Méthodes naturelles : méthode du jour fixe, méthode d'aménorrhépar lactation, abstinence périodique, rythme, Billings, entre autres.

## Section : GROSSESSE ACTUELLE

<b>GESTATION ACTUELLE</b>		jour   mois   année 27   06   06 jour   mois   année 03   04   07		<b>METHODE AG FIABLE</b> DDR Eco <20 s. non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/>		<b>FUMEUSE ACT</b> 1 <sup>e</sup> trim <input checked="" type="radio"/> 2 <sup>e</sup> trim <input checked="" type="radio"/> 3 <sup>e</sup> trim <input checked="" type="radio"/>		<b>FUMEUSE PAS</b> 1 <sup>e</sup> trim <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> trim <input type="radio"/> 3 <sup>e</sup> trim <input type="radio"/>		<b>DROGUES</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>ALCOOL</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>VIOLENCE</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>ANTIRUBÉOLEUX</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>ANTITETANOS</b> à jour non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> DOSE 1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup>		<b>EX. NORMAL</b> dentaire non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> mammaire non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>	
<b>POIDS ANTERIEUR</b> 60 Kg		<b>TAILLE (cm)</b> 165		<b>DATE DDR</b> jour   mois   année 27   06   06		<b>CLERIN</b> Inso visuel <input checked="" type="radio"/> normal <input type="radio"/> anomal <input type="radio"/> PAP <input checked="" type="radio"/> COLP <input type="radio"/>		<b>GROUPE Rh</b> 0 Rh <input checked="" type="radio"/> Rh <input type="radio"/> Sémibilité <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>VIH</b> <20 sem non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> comag <input type="radio"/> réalisé <input checked="" type="radio"/>		<b>Hb &lt;20 sem</b> 12 8 g <11.0 g/dl <input checked="" type="radio"/>		<b>Fe/FOLATES indiqués</b> Fe non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> Folates non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>Hb ≥20 sem</b> 11 4 g <11.0 g/dl <input type="radio"/>		<b>SYPHILIS - Diagnostic et Traitement</b> <20 sem non <input checked="" type="radio"/> treponémique <input type="radio"/> non treponémique <input type="radio"/> ≥20 sem <input type="radio"/> Traitement non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>			
<b>PALUDISME</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>BACTERIURIE</b> sem. normal <input type="radio"/> apathal <input checked="" type="radio"/>		<b>GLYCÉMIE À JEUN</b> <20 sem 90 ≥105 mg/dl <input type="radio"/> ≥30 sem 100 <input type="radio"/>		<b>PREPARATION POUR L'AC-COUCHEMENT</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		<b>CONSEILS ALLAIT MATERNEL</b> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>		Traitement non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> sem. normal <input type="radio"/> apathal <input checked="" type="radio"/> non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> Trait. partenaire non <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/>											

Dans cette section, toutes les données en rapport avec la grossesse actuelle sont enregistrées.

### POIDS ANTERIEUR

Cette donnée enregistre le poids habituel de la femme avant la grossesse actuelle. Demander: *Quel était votre poids avant cette grossesse?* On enregistrera le poids exprimé en kg.

Cette donnée est utile pour évaluer l'état nutritionnel de la femme avant la grossesse. La mesure la plus utilisée est l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui se calcule en divisant le poids en kilogrammes (kg) par le carré de la taille exprimée en mètres (m<sup>2</sup>). Par exemple, si la femme enceinte pèse 60kg et a une taille de 1,60 m, le calcul sera:

$$60 / 1,60^2 = 23,44 \text{ kg/m}^2$$

### TAILLE (cm)

Cette donnée doit être enregistrée directement au moment de la première visite de contrôle.

La technique de mesure consiste à demander à la patiente de se tenir debout, déchaussée, les talons joints, bien verticale, les épaules en arrière, le front élevé, en maintenant son dos en contact avec la toise. Le chiffre obtenu sera enregistré en centimètres.

### DATE DES DERNIERES REGLES (DDR)

Cette donnée est essentielle pour estimer l'âge gestationnel et la date probable de l'accouchement. Plusieurs décisions cliniques sont basées sur l'âge gestationnel et, par conséquent, il est crucial d'obtenir une donnée fiable.

Demander: *Quelle a été le premier jour des dernières règles?* Noter dans l'HCP la date indiquée sous le format jour-mois-année.

## DATE PROBABLE DE L'ACCOUCHEMENT (DPA)

Pour estimer la DPA, il est recommandé d'utiliser le gestogramme conçu par le CLAP/SMR. En faisant coïncider la flèche rouge du gestogramme signalant "date à laquelle a commencé la dernière menstruation" avec la date du premier jour de la menstruation, la DPA sera indiquée par la date du calendrier qui marque le point de la semaine 40 du gestogramme. Lorsque ce dernier n'est pas disponible, on recommande d'utiliser la règle des 280 jours : en partant de la date du premier jour de la menstruation, on compte 280 jours calendaires consécutifs et le 280<sup>ème</sup> jour coïncidera avec la DPA. Il existe des formules mathématiques qui facilitent le calcul de la DPA (Règle de Naegele, Pinard, Wahl, etc.) qui sont décrites en détail dans la publication scientifique du CLAP/SMR N° 1562.

Noter dans l'HCP la date indiquée suivant le format jour-mois-année. En cas d'avortement sans contrôle anténatal il n'est pas nécessaire d'inclure la date probable d'accouchement.

## FIABILITE DE L'AGE GESTATIONNEL (AG calculé par la DDR, Eco<20 s)

Ces données permettent de rechercher au mieux une évaluation subjective de la fiabilité du calcul de l'âge gestationnel, soit par la DDR, soit par SONOGRAPHIE.

**Sonographie.** Lorsque la date des dernières règles n'est pas disponible, la possibilité existe d'évaluer celle-ci à partir d'une sonographie foetale précoce.

Enregistrer si l'âge gestationnel est considéré comme fiable à partir de la DDM et/ou de l'échographie (**Oui/Non**), selon le cas. En cas d'absence d'échographie, laisser un blanc.

## TABAGISME

Cette donnée est considérée lorsque la femme enceinte fume au moment de la consultation. La situation de la fumeuse peut changer au cours de la grossesse. C'est pourquoi il est suggéré d'enquêter sur ce facteur pendant chaque trimestre et de noter la réponse en conséquence (**Non/Oui**). En cas d'avortement la question ne se posera pas au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

## FUMEUSE PASSIVE

Cette donnée enregistre l'exposition actuelle à la fumée de tabac, liée au fait qu'une autre personne fume au domicile de la femme enceinte ou sur son lieu de travail et de noter la réponse correspondante (**Oui/Non**). En cas d'avortement la question ne se posera pas au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

## DROGUES

Il s'agit de l'usage actuel de drogues entraînant une dépendance comme la marijuana, la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes, l'héroïne, entre autres. En cas d'avortement la question ne se posera pas au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

## L'ALCOOL

Cette donnée se réfère à l'ingestion actuelle de tout type de boisson alcoolisée, par exemple le vin, la bière, la tequila, l'eau-de-vie de Pisco, le whisky, etc. Mentionner surtout les boissons locales traditionnelles.

Demander: *Avez-vous consommé une boisson alcoolisée au cours de cette grossesse?* Noter dans l'HCP si la femme a ingéré de l'alcool au cours de la présente grossesse (**Oui/Non**). En cas d'avortement la question ne se posera pas au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

La consommation d'alcool peut se modifier au cours de la grossesse. Par conséquent, l'HCP suggère d'enquêter sur cette donnée au moins une fois par trimestre en demandant: *Depuis votre dernière visite, avez-vous consommé une boisson alcoolisée quelconque?*

## LA VIOLENCE

Ce terme comprend la violence physique, mentale, psychologique et sexuelle qui survient au cours de la grossesse actuelle. L'agresseur peut être le partenaire actuel, d'anciens partenaires, les parents, ou d'autres personnes.

Obtenir cette information peut se révéler difficile et il n'existe pas encore une approche standard pour poser des questions relatives à ce thème. Il est recommandé de réviser les normes de son pays dans ce domaine pour choisir la manière de demander et les actions à entreprendre si un cas est détecté. Si l'on ne dispose pas d'une forme réglementaire pour interroger le sujet sur la violence émotionnelle, physique, sexuelle et pathologique, il est recommandé d'utiliser le modèle d'interrogatoire suivant au cours de la première visite prénatale.

*“Je voudrais vous poser quelques questions sur votre relation de partenaire actuelle. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles et permettez-moi de vous assurer que vos réponses seront entièrement confidentielles :*

- 1. Au cours de cette dernière année, avez-vous été une fois humiliée, placée dans une situation honteuse, vous a-t-on empêché de voir des amis, ou de faire des choses qui vous plaisent ? Si la réponse est positive, continuer ainsi :  
(1°) Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous une fois été humiliée, placée dans une situation honteuse, empêchée de voir des amis , ou de faire des choses qui vous plaisent ?*

2. *Au cours de cette dernière année, avez-vous été frappée ou physiquement maltraitée par quelqu'un ?*  
*Si la réponse est positive, continuer :*  
*(2°) Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été frappée ou physiquement maltraitée par quelqu'un ?*
3. *Au cours de cette dernière année, avez-vous été forcée d'avoir des relations sexuelles ?*  
*Si la réponse est positive, continuer :*  
*(3°) Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été forcée d'avoir des relations sexuelles ?*
4. *Au cours de cette dernière année, avez-vous été préoccupée pour la sécurité de vos enfants ?*  
*Si la réponse est positive, continuer :*  
*(4°) Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été préoccupée par la sécurité de vos enfants ?*
5. *Au cours de cette dernière année, avez-vous eu peur de votre partenaire ou d'une autre personne ?*  
*Si la réponse est positive, continuer :*  
*(5°) Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous eu peur de votre partenaire ou d'une autre personne ?*

Lors des visites postérieures, il n'est pas nécessaire d'enquêter sur les événements survenus au cours de la dernière année et il faut remplacer la phrase initiale: *"Depuis que vous êtes enceinte"* par celle-ci: *"Depuis votre dernière visite"*

Une réponse positive à une quelconque des questions relatives à la violence pendant la dernière année doit être enregistrée à la section Antécédents Personnels. S'il y a une réponse affirmative aux questions relatives à la grossesse actuelle, marquer **"Oui"** dans la case correspondante.

## **ANTIRUBEOLEUX**

L'élimination de la Rubéole et le Syndrome de la Rubéole Congénitale (SRC) constituent l'un des défis à relever pour la région des Amériques. Une façon de contribuer à cet effort national et régional est de mener des enquêtes de routine sur l'état de vaccination anti-rubéolique lors du contrôle prénatal, sans oublier les femmes qui viennent pour un avortement.

Demander: *Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la rubéole?* Si la réponse est affirmative, demander: *Quand?*

Remplir la case "déjà reçu" si elle a reçu la vaccination à un moment quelconque avant la grossesse actuelle.

Cocher le cercle “grossesse” si le vaccin a été administré par inadvertance au cours de la présente grossesse, “ne sait pas” lorsque la femme enceinte ne se rappelle pas si elle a reçu le vaccin ; et “**Non**” si elle n’a jamais été immunisée.

Si la patiente n’a pas été vaccinée, l’immunisation doit être différée jusqu’au puerpérium immédiat, ou le post abortum immédiat (avant l’exeat). Il est recommandé de vérifier le calendrier de vaccination de votre pays et les dates d’exécution des campagnes de vaccination massive.

## ANTITETANOS

L’élimination du tétanos néonatal est un autre défi à relever par cette région. Une des stratégies clés pour atteindre ce but est de vacciner toutes les femmes en âge de procréer. Afin d’identifier les femmes nécessitant une immunisation antitétanique, l’HCP rappelle au prestataire de soins de rechercher l’état vaccinal au moment de la première visite de contrôle prénatal.

Il est important de réclamer des femmes enceintes le carnet de vaccination, le carnet périnatal de la grossesse antérieure ou tout autre registre ou document où il est possible de vérifier le nombre des doses et l’intervalle entre celles-ci.

*Si la femme enceinte présente un document, revoir le nombre et l’intervalle entre les doses, de même que le temps écoulé depuis la dernière vaccination et décider si elle doit recevoir une dose additionnelle.*

*Les femmes qui ne présentent pas de documents attestant d’une immunisation contre le tétanos doivent être vaccinées par une première dose au cours de la première consultation prénatale. La deuxième dose ne doit pas être administrée avant un intervalle de quatre semaines par rapport à la première dose ou au moins 3 semaines avant la date probable de l’accouchement. L’administration des doses suivantes doit respecter les indications fournies par la norme nationale.*

Demander: *Avez-vous une fois reçu le vaccin contre le tétanos?*  
Si la réponse est affirmative, demandez à voir la documentation correspondante et revoir le nombre et l’intervalle entre les doses. Dans le cas contraire, indiquer une dose au cours de la consultation actuelle.

Enregistrer *A jour = Oui* dans les cas suivants :

- Elle a reçu deux doses et la grossesse actuelle se situe dans la période des 3 ans de protection;
- Elle a reçu trois doses et la grossesse actuelle se situe dans la période des 5 ans de protection.
- Elle a reçu 5 doses.

Enregistrer A jour = NON dans les cas suivants :

- Aucune dose reçue. *Mesure*: Administrer deux doses au cours de la grossesse actuelle. première dose à la première consultation prénatale et la seconde pas avant un délai de 4 semaines après la première dose ou au moins 3 semaines avant la date de l'accouchement
- Informations peu fiables au sujet du nombre et des dates d'administration des doses antérieures. *Mesure*: Placer deux doses au cours de la grossesse actuelle.
- La femme enceinte a reçu deux doses et la grossesse actuelle débute après les 3 années de protection. *Mesure*: administrer uniquement une dose (la troisième).
- La femme enceinte a reçu trois doses et la grossesse actuelle débute après les 5 années de protection. *Mesure*: Administrer uniquement une dose (la quatrième)

Le vaccin tetanos toxoïde administré à une femme non protégée, en plus de lui conférer une protection pour elle, constitue une mesure préventive préconceptionnelle pour une grossesse future.

## **EXAMEN ODONTOLOGIQUE ET DES SEINS (EX. NORMAL)**

Pour beaucoup de femmes, le contrôle prénatal marque le premier contact avec les services de santé et par conséquent, offre l'opportunité d'évaluer l'état de santé général. C'est pourquoi l'HCP inclut des variables comme l'examen odontologique et des seins qui renforcent ce concept.

### **Examen Dentaire**

L'examen dentaire a acquis de l'importance par suite de l'association possible entre la maladie périodontale et l'accouchement avant terme, le faible poids à la naissance, la pré-éclampsie, la mort foetale, et la transmission du *Streptococcus mutans de la mère à l'enfant et ses conséquences sur l'incidence de la carie dentaire* chez les enfants en bas âge.

La maladie périodontale inclut des diagnostics comme la gingivite (inflammation des tissus mous entourant la dent) et la périodontite (destruction des structures de soutien de la dent – os, ligaments, cément, etc.).

Examiner la cavité orale et enregistrer la présence de caries ou d'altérations des tissus mous entourant les dents. Marquer selon vos observations. Si l'examen est anormal, se référer à l'odontologue.

## Examen Mammaire

L'examen des seins est suggéré dans de nombreux pays comme faisant partie de l'examen de toute femme enceinte. En opérant ainsi, on cherche à identifier les problèmes qui peuvent affecter l'alimentation ultérieure par allaitement maternel (par ex; les mamelons invertis ou plats et d'éventuelles pathologies tumorales évidentes).

L'HCP contient la donnée Examen Normal. Marquer "**Oui**" si l'examen des seins est normal, et "**Non**" dans le cas contraire.

## CERVIX

Il est recommandé d'effectuer l'examen vaginal au *moyen du spéculum* comme partie de l'évaluation du contrôle prénatal afin de détecter des anomalies ou des infections cervicales. La sélection du moment le plus approprié pour cet examen est une décision que prendra le prestataire de soins en tenant compte de la situation individuelle de chaque femme.

## INSPECTION VISUELLE (Insp. Visuelle)

Si une anomalie cervicale est observée au cours de l'examen au spéculum, l'inspection sera notée anormale. Si le col de l'utérus est sain, elle sera notée normale, et dans le cas où l'examen n'a pas été effectué, on enregistrera : non réalisé.

## TEST DE PAPANICOLAOU (PAP)

En présence d'une quelconque anomalie cervicale ou si l'on doute que la femme puisse revenir après l'accouchement, il faut envisager d'effectuer un PAP au cours du contrôle prénatal. L'interprétation des résultats risque d'être difficile lorsque le PAP est réalisé pendant la grossesse. Enregistrer le résultat correspondant du PAP : Normal/Anormal et si le test n'a pas été effectué, enregistrer: non réalisé.

## COLOSCOPIE (COL.)

Elle sera enregistrée comme "Normale" si la Coloscopie est négative pour les lésions malignes ou précurseur du cancer du col. Dans le cas contraire, marquer "Anormal" ou : non réalisé suivant le cas. Dans le cas des femmes qui viennent pour un avortement la colposcopie sera différée.

## GROUPE Rh

Noter dans le cadre le **groupe sanguin (Groupe)** correspondant (A, B, AB, O).

Pour “Rh”, marquer **(+)** si la patiente est RH positive et **(-)** si elle est RH négative. Il est entendu que la femme enceinte est **immunisée** lorsqu'elle a des anticorps anti D. Si la patiente est immunisée, son test pour les anticorps irréguliers, également appelé test de Coombs indirect, sera positif et dans ce cas, on marquera **(Oui)**: dans le cas contraire, on marquera **(Non)**.

## GAMMAGLOBULINE ANTI D

Cette variable est destinée à l'administration de la gammaglobuline anti D pendant la grossesse selon les normes nationales. Dans certains pays de la Région, l'administration routinière de la gammaglobuline à toutes les gestantes Rh négatif non immunisées à la 28<sup>ème</sup> semaine de gestation est la norme. Par contre dans d'autres pays on administre la gammaglobuline anti D seulement aux femmes Rh négatif non immunisées en cas de saignement ou de procédures invasives(amniocentèse); en cas d'avortement aucune de ces deux possibilités ne sera appliquée. On marquera oui si la femme Rh négatif non immunisée a reçu la gammaglobuline anti D pendant la grossesse et si elle ne l'a pas reçu on marquera non. Dans le cas d'une femme Rh positif ou Rh négatif immunisée on enregistrera « non applicable » n/a.

## INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMUNODEFICIENCE ACQUISE (VIH)

La Région des Amériques se trouve au cœur des stratégies mondiales pour une génération d'enfants exempts du VIH et de la syphilis congénitale et pour garantir l'accès universel au traitement à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces deux stratégies tentent de respecter en partie les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et pour cela il est nécessaire d'offrir le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes et leur assurer un traitement prophylactique pour éviter la transmission verticale du virus.

Enregistrer le Test VIH : Demandé: **Oui/Non**, Réalisé **Oui/Non**, suivant le cas. Dans le cas où une femme qui était suivie pour grossesse présente un avortement noter seulement si le test a été sollicité/réalisé avant 20 semaines. Si la femme est admise pour avortement sans suivi préalable on remplira la variable VIH dans le formulaire complémentaire d'avortement.

Pour garder la confidentialité d'un résultat VIH positif et éviter la stigmatisation de ces femmes, le CLAP/SMR ne dispose pas dans son HCP d'une case indiquant VIH positif ou négatif, mais il habilite les professionnels qui assistent une patiente VIH positive à avoir l'information nécessaire afin d'apporter leurs meilleurs soins à celle-ci, à son bébé et aux membres de l'équipe médicale. C'est pour cette

raison qu'il est recommandé d'enregistrer à l'emplacement réservé aux codes des maladies celui qui correspond au VIH (R75 de la CIE 10 ou 76 du CLAP/SMR).

## **TEST DE L'HEMOGLOBINE (Hb)**

L'anémie est un problème de santé publique par suite des conséquences qu'elle a sur la santé humaine, particulièrement au cours de la grossesse dans laquelle elle est associée à une augmentation du risque de mortalité maternelle et périnatale (surtout dans les cas d'anémie sévère), à la prématurité et au faible poids à la naissance.

On considère qu'une femme enceinte est anémiée quand le taux de l'hémoglobine est inférieure à 11,0 g/dl au cours du 1er ou du 3ème trimestre, ou quand la valeur de l'hémoglobine est inférieure à 10,5 g/dl au 2ème trimestre. Si le taux d'hémoglobine se situe entre 7,0 et 9,0 g/dl, on considère que l'anémie est modérée. Celle-ci est sévère lorsqu'il est inférieur à 7,0 g/dl.

Il est recommandé de réaliser le test de l'hémoglobine et de rechercher les signes cliniques d'une anémie sévère (pâleur de la conjonctive, des paumes et de la muqueuse orale).

Il est suggéré de réviser les normes du pays relatives au traitement de l'anémie au cours de la grossesse et de consulter la Publication Scientifique du CLAP/SMR 1562 pour leur perfectionnement..

L'HCP offre deux possibilités pour enregistrer les résultats du test de l'hémoglobine: l'une lors de la première visite prénatale, et l'autre après les 20 semaines. Les valeurs obtenues seront inscrites dans les rectangles correspondants, et au cas où les taux sont inférieurs à 11 grammes, cocher le cercle jaune.

## **Fe/FOLATES (ordonnance)**

Il est généralement admis que les besoins en fer et en acide folique augmentent au cours de la grossesse et qu'il est difficile qu'une femme enceinte puisse satisfaire cette exigence majeure uniquement par la diète, sauf dans certains pays dans lesquels existent des programmes spécifiques d'aliments enrichis.

Les stratégies de prévention de l'anémie par déficience en fer se basent sur:

- La modification du régime pour augmenter la consommation de fer et des facilitateurs de son absorption, en même temps que l'on tente de diminuer la consommation des inhibiteurs.

- La fortification des aliments de consommation habituelle avec du fer
- La supplémentation en fer
- Le traitement des infections qui peuvent altérer l'absorption du fer et d'autres nutriments (par exemple les parasitoses)

Les suppléments de fer ont été suggérés comme stratégie pour améliorer l'état du fer maternel et aussi améliorer sa survie et sa santé, le développement fœtal, y compris l'état de fer et le développement de l'enfant au cours de la période néonatale et post-natale.

Si les normes nationales ne sont pas d'un avis contraire, il est recommandé de fournir un complément à toutes les femmes enceintes constitué de 60 mg de fer élémentaire par jour, dès le moment où une grossesse est suspectée et jusqu'à la période du post-partum. La durée totale de la supplémentation ne devrait pas être inférieure à 6 mois et, dans les zones où la prévalence de l'anémie durant la grossesse est supérieure à 40%, il est recommandé de maintenir l'apport complémentaire de fer jusqu'à 3 mois après l'accouchement.

Marquer le cercle (**Non**) si l'administration du supplément de fer n'a pas été indiqué et marquer le cercle blanc (**Oui**) au cas où celle-ci a été indiquée.

La carence en folates est la seconde cause d'anémie nutritionnelle pendant la grossesse et est aussi responsable d'anomalies de fermeture du tube neural (anencéphalie, spina bifida, myéломéningocèle et encéphalocèle), bec-de-lièvre, division palatine et autres anomalies.

Pour la prévention de l'anémie et des anomalies du tube neural, les femmes enceintes devraient recevoir 0,4 mg/jour d'acide folique dès environ trois mois avant d'être enceintes (au minimum 4 semaines avant).

Marquer le cercle (**Non**) si un supplément d'acide folique n'a pas été indiqué et marquer le cercle blanc (**Oui**) dans le cas contraire.

## **SYPHILIS - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT**

Malgré les avancées réalisées dans la Région, la syphilis congénitale constitue toujours un problème important de service public. A la demande des ministres de la Santé des pays membres de la Région, l'OPS a mis en marche «Le plan pour l'élimination de la syphilis congénitale dans les Amériques», qui est complémentaire de la stratégie dénommée "une génération d'enfants exempts du VIH et de la syphilis congénitale".

La détection et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte a été définie comme une des stratégies clés pour l'élimination de la syphilis congénitale. Cette stratégie inclut le dépistage lors de la première visite prénatale, la promotion d'un contrôle prénatal précoce et la diminution du risque de réinfection au moyen du traitement des partenaires sexuels et de conseils sur l'utilisation du préservatif.

Il est recommandé de réaliser le test de détection de la syphilis pour toutes les femmes en situation de travail, qui n'ont pas subi de contrôle prénatal (pour le diagnostic et le traitement de la femme et de son nouveau-né) et aux femmes qui ont eu un avortement ou un mort-né. Les tests de détection les plus utilisés sont les tests non tréponémiques (VDRL ou RPR), dont la réalisation est suggérée lors des occasions suivantes : l'un au cours de la première visite prénatale (avant les 20 semaines de grossesse) et d'autres au cours du troisième trimestre. En cas d'avortement on ne considèrera pas les données au delà de la 20ème semaine. Dans d'autres cas, dépendamment des conditions locales, le diagnostic peut se faire avec des tests rapides (tréponémiques). Ceux-ci peuvent donner des résultats faussement positifs dus à une infection antérieure. Devant un risque de mort fœtal due à la syphilis et dans l'impossibilité de réaliser d'autres tests, le traitement peut se justifier. Dans les services avec une plus grande disponibilité de ressources, les tests tréponémiques sont utilisés comme confirmation après un test non tréponémique.

Les femmes avec des tests positifs devront recevoir des conseils et des informations sur la maladie, ses risques et la nécessité de se traiter immédiatement, ainsi que ses partenaires sexuels pour éviter le risque de mort du fœtus. Les femmes testées négatives devront recevoir des informations au sujet des techniques de prévention des infections sexuellement transmissibles.

Dans les cases réservées aux numéros on notera l'âge gestationnel (sem.) quand la syphilis maternel a été confirmée ou non. Si le diagnostic a été fait par les tests sérologiques (tréponémiques et/ou non tréponémiques) on notera dans les cercles les employées. Dans les autres cercles on notera **(-)** si le diagnostic de syphilis a été écarté, **(+)** si les tests indiquent une syphilis active et **(s/d)** quand on ne connaît le résultat sérologique. Si on note **(+)**, on devra enregistrer dans la case qui se trouve immédiatement en dessous si on a effectué le traitement ou non. Il faut se rappeler que l'unique traitement sur pour éviter la syphilis congénitale c'est la pénicilline. La réinfection chez les femmes enceintes qui ont été correctement traitées correspond habituellement à l'absence de traitement du partenaire. Dans le formulaire il y a un rappel pour que le prestataire considère l'investigation du ou des partenaires et leur traitement. On enregistrera **(Non)** lorsque le traitement aurait dû se faire et ne l'a pas été, **(Oui)** lorsque le traitement était indiqué et a été reçu et **(n/a)** lorsque le traitement n'est pas nécessaire.

## **PALUDISME / MALARIA**

Le CLAP/SMR a inclus la variable paludisme à cause de la prévalence de cette maladie dans 21 des 37 pays de la Région.

Si dans votre pays la Malaria est endémique, il est recommandé de réviser la norme nationale en ce qui concerne les mesures de détection, le traitement et la prévention, de même que le degré d'endémicité de la transmission de la zone. L'HCP inclut le terme Malaria ou Paludisme. Si des examens pour le Paludisme sont effectués dans votre pays, on enregistrera le résultat du test diagnostique réalisé (indépendamment de la technique utilisée) : négatif si le paludisme n'a pas été détecté, positif (cercle jaune) si la maladie est confirmée, et non réalisé, si le test n'a pas été effectué.

## **BACTERIURIE**

La bactériurie asymptomatique se réfère à la colonisation bactérienne du tractus urinaire en absence de symptômes.

Dans les lieux où la culture de l'urine n'est pas une option, la bandelette urinaire réactive pourrait constituer une alternative durant le contrôle prénatal.

On marquera pour la Bactériurie: Normal, lorsque la culture est négative (moins de 100.000 colonies/ml), ou la bandelette est négative; Anormale si la culture ou la bandelette réactive indique des résultats positifs. En cas de non-exécution de l'uroculture ou du test de la bandelette au cours du contrôle de la grossesse, on remplira le cercle qui indique que la prestation n'a pas eu lieu. En cas d'avortement on ne consignera pas la donnée  $\geq 20$  semaines.

## **GLYCEMIE A JEUN**

Enregistrer le taux de glycémie obtenu en rapport avec la semaine de grossesse exprimée en mg/dl par décilitre dans le rectangle correspondant. Si la glycémie basale est égale ou supérieure à 105 mg/dl, on cochera en outre le cercle jaune. Par suite de la controverse relative à l'utilisation de la glycémie et sa substitution par la PTOG dans les examens de routine en obstétrique, il est recommandé de consulter la Publication Scientifique CLAP/SMR 1562. En cas d'avortement on ne consignera pas la donnée  $\geq 30$  semaines.

## **PREPARATION POUR L'ACCOUCHEMENT**

En cas d'avortement ne pas remplir cette variable.

## CONSEILS POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

En cas d'avortement ne pas remplir cette variable.

## CONSULTATIONS PRENATALES

CONSULTATIONS PRENATALES	jour	mois	année	AG	poids	PA	hauteur utérin	présen- tation	FCF (bpm)	mouvem- t foetaux	protéi- nurie	indicateurs d'alerte, examens, traitements		Initiales Pratarière	prochain RV									
		1	8	0	9	0	6	12	6	3	3	100	60	-	-	-	-	-	-	AC	3	0	1	0

Pour les femmes dont l'avortement se produit après le début du contrôle prénatal, l'HCP contient un espace pour 6 contrôles prénatals. Si l'on a besoin de plus d'espace pour de nouveaux contrôles, annexer la "grille complémentaire de contrôle de l'HCP".

Les données à enregistrer sont :

- Jour, mois et année de la consultation
- Age gestationnel au moment de la consultation (âge gest.), en semaines complètes.
- Poids, en kilogrammes
- Pression artérielle (PA), en mm de Hg
- Hauteur utérine, en cm
- Présentation : céphalique (CEP), pelvienne (PEL), y compris la présentation transverse (TRA)
- Fréquence cardiaque fœtale en battements par minute (FCF bpm)
- Mouvements fœtaux, positifs ou négatifs. L'absence de données sera interprétée comme prestation non réalisée.
- Protéinurie : enregistrer positif si l'on détecte de l'albumine ou des protéines dans l'urine. En cas d'absence de ces substances, noter Négatif, ou laisser un blanc dans la case dans le cas : non réalisé.
- Signes de danger, examens et traitements ; noter uniquement les signes positifs et importants.
- Initiales du technicien.
- Date de la prochaine visite, jour et mois.

Dans certaines situations pour lesquelles, compte tenu de l'âge gestationnel, une de ces prestations ne s'applique pas (par ex ; : présentation fœtale avant les 28 semaines), on notera N/A (non applicable).

## Section: AVORTEMENT

Le formulaire complémentaire de l'Histoire Clinique Périnatale, destiné aux femmes en situation d'avortement, est le résultat d'un accord de coopération technique entre le CLAP/SRM et Ipas.

Ipas est une organisation internationale, ([www.ipas.org/spanish](http://www.ipas.org/spanish)), qui travaille, sur le plan mondial pour augmenter la capacité des femmes à exercer leurs droits sexuels et reproductifs et ainsi diminuer le taux de mortalité et des lésions liées à l'avortement. Cette organisation a 10 ans d'expérience dans la conception de systèmes d'enregistrement pour des femmes en situation d'avortement. Ce processus a commencé par le développement d'

InfoAPA et atteint son développement maximal avec COMPAC (Comprehensive Post Abortion Care). Le système COMPAC combine des formulaires cliniques sur papier et un logiciel qui permet de stocker et d'évaluer en permanence la qualité des soins et d'améliorer la provision des services axés sur la femme. A l'intérieur de ce contexte, dans un cadre de coopération, CLAP/SRM – Ipas ont créé, sur les bases fortes des deux institutions le formulaire complémentaire de l'Histoire Clinique Périnatale pour des femmes en situation d'avortement.

La section avortement a été conçue pour enregistrer les données pertinentes des soins aux femmes en situation d'avortement. Les variables considérées ont été vastement testées dans le développement et soigneusement sélectionnées en suivant les standards du CLAP dans le monitoring des systèmes de la santé et comptent avec les additions correspondantes au Système Informatique Périnatal qui lui accordent une vision intégrante et complémentaire.

En cas d'avortement, il faudra remplacer les sections *accouchement, maladies maternelles, nouveau-né, suites de couche, sortie du nouveau-né, sortie de la mère et contraception* par le formulaire complémentaire (adhésif) pour femmes en situation d'avortement.



## Section: ADMISSION POUR AVORTEMENT

<b>ADMISSION POUR AVORTEMENT</b> <input checked="" type="radio"/> DATE D'ENTRÉE jour mois année heures min 14 04 08 10 00	<b>HOSPITALISATION PENDANT GROSSESSE</b> non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> jours 00	<b>TEMPS DE GESTATION</b> semaines jours 10	d'après DDR <input checked="" type="radio"/> d'après ECHO <input checked="" type="radio"/> couple <input type="radio"/> autre <input type="radio"/> parent <input type="radio"/> personne <input checked="" type="radio"/>	<b>ACCOMPAGNATEUR/TRICE</b> <input checked="" type="radio"/> couple <input type="radio"/> autre <input type="radio"/> <input type="radio"/> parent <input checked="" type="radio"/> personne	<b>PROVENANCE</b> TRANSFERT D'UN AUTRE SERVICE non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> lequel?	<b>TRANS PORT</b> personnel <input type="radio"/> public <input checked="" type="radio"/> ambulance <input type="radio"/> étab.urgence <input type="radio"/> inconnu <input type="radio"/>	<b>DURÉE DU TRANSFERT</b> jours heures minutes 00 00 30
--	--	---	---	--	---	--	---

### DATE D'ENTRÉE

C'est la date qui correspond à l'entrée de la femme à l'hôpital. On enregistrera la date en jour- mois-année et l'heure en heure-minutes.

### HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE

Cela porte sur les hospitalisations qui ont eu lieu pour différentes raisons. S'il y a eu des hospitalisations pendant la grossesse, on marquera le cercle jaune indiquant Oui, dans ce cas, il faudra aussi marquer sur les carrés jaunes le nombre total des jours d'hospitalisation, (de la seule hospitalisation ou l'addition des jours de toutes les hospitalisations)

### TEMPS DE GESTATION À L'ENTRÉE

Enregistrer le temps de gestation au moment de l'entrée, en semaines complètes et jours et indiquer si le calcul s'est basé sur la date des dernières règles (DDR) et/ou sur l'échographie (ECHO) ou toutes les deux.

### ACCOMPAGNATEUR/TRICE (APPUI PERMANENT PENDANT TOUTES LES ÉTAPES DU CADRE CLINIQUE, PROCÉDÉ ET PENDANT LA PÉRIODE POSTÉRIEURE)

L'HCP a incorporé cette variable basée, sur le droit que toutes les patientes ont d'être accompagnée de qui elle veut et d'autre part parce qu'il y a des évidences scientifiques qui indiquent de meilleurs résultats cliniques chez les femmes qui ont été effectivement accompagnées pendant le processus.

On enregistrera la présence, pendant l'hospitalisation d'une personne, le partenaire, un parent ou autre (ami ou personnel de la santé) offrant appui émotionnel, information, encouragement et confort, de façon permanente et individualisée à la femme en situation d'avortement.

Les options sont : partenaire, parent, autre (y compris le personnel de la santé) et personne.

On ne doit pas considérer « ACCOMPAGNATEUR/TRICE » le personnel de la santé qui a été présent uniquement pour une évaluation clinique ou pour administrer des traitements.

## Section: PROVENANCE

<b>ADMISSION POUR AVORTEMENT</b> <input checked="" type="radio"/> DATE D'ENTRÉE jour mois année heure min 14 04 08 10 00	<b>HOSPITALISATION PENDANT GROSSESSE</b> non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> jours 00	<b>TEMPS DE GESTATION</b> semaines jours 10	d'après DDR <input type="radio"/> d'après ECHO <input type="radio"/>	<b>ACCOMPAGNATEUR/TRICE</b> couple <input type="radio"/> autre <input type="radio"/> parent <input type="radio"/> personne <input checked="" type="radio"/>	<b>PROVENANCE</b> TRANSFERT D'UN AUTRE SERVICE non <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> lequel?	<b>TRANSPORT</b> personnel <input type="radio"/> public <input checked="" type="radio"/> ambulance <input type="radio"/> établissement <input type="radio"/> urgence <input type="radio"/> inconnu <input type="radio"/> <b>DURÉE DU TRANSFERT</b> jours heures minutes 0 0 30
---	--	---	---	---	---	--

### TRANSFERT D'UN AUTRE SERVICE

Il faut marquer Oui ou Non. Si la patiente a été transportée d'une autre unité de santé, centre médical ou hôpital, public ou privé.

Si on a marqué Oui, indiquer Lequel, le nom et/ou code de l'institution d'où elle provient. Selon les normes de procédures du pays.

### TRANSPORT

Cela porte sur le type de transport utilisé pour arriver à l'établissement de santé. Les options sont :

- **Personnel**, quand la personne s'est déplacée dans son propre véhicule ou dans celui d'un ami ou parent. Certains exemples peuvent correspondre à : voiture, vélo, cheval, etc.
- **Public**, la femme a pris un autobus, taxi, navette ou tout autre moyen de transport partagé ou à usage public traditionnel.
- **Ambulance, établissement de santé/urgence**, Elle a été transportée en ambulance publique ou privée ou un autre transport d'urgence fourni par les pompiers, systèmes de surveillance publics ou la police.
- **Sans réponse**, on ne connaît pas l'information ou elle n'est pas disponible ou bien, la femme ou sa famille, ne donnent pas cette information.

### DURÉE DU DÉPLACEMENT

On enregistrera en jours, heures et minutes le temps mis pour se déplacer à l'établissement de santé depuis sa maison, son travail ou une autre institution.

## Section: PRÉ- PROCÉDÉ

PRÉ-PROCÉDÉ		SIGNES VITAUX		LABORATOIRE		SYPHILIS		HIV		SYMPTOMA TOLOGIE		CONDITION AU ADMISSION		DIAGNOSTIC PRÉSUMPTIF			
POULS ≥ 100 bpm ≤ 60 bpm		TENSION ARTÉRIELLE ≥ 140/90 mmHg ≤ 80/50 mmHg		F Resp (rpm) ≥ 16		HÉMOGLOBINE < 10.0 g/dL		DIAGNOS TIC pas fait		TRAITEMENT Partenaire non ou		jours heures		infection génitale infection pelvienne sepsie		Etat de l'avortement actuel complet est incomplet n'est pas	
80		120/80		TEMPÉRAT ≥ 38°C		LEUCOCYTES 8000		PLAQUETTES 300		depuis le début du 1 <sup>er</sup> symptôme		hémorragie excessive choc hypovolémique		Type spont. frustré môle non viable			
EXAMEN CLINIQUE		PEAU ET MUQUEUSES		ABDOMEN		EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE		ECHO		ANALGÉSIE		SAIGNEMENT		COD DIAG CIE 10			
CONSCIENCE lucide sommolente excitée comateuse		normal pâle contusionnée pétéchies ictère		normal viscerom rebondis sement détendu signes périt silence intestinal		UTÉRUS PAR EXAMEN BIMANUEL Taille Position Col Restes Vagin AVF s/d moyen non non non RVF oui oui oui		Diamètre longitudinale non Taille utérus non		Demandée non Réalisée non		léger modéré sévère		perforation déchirement vaginale stérile petitienne		Admission présomptif	
				10						non oui		autre		15364			
										score 07		RESPONSABLE Dr. Zito					

### SIGNES VITAUX

Dans cette section sont enregistrées toutes les données liées aux signes vitaux de la patiente avant le procédé :

- **POULS**, en battements par minute (bpm), s'il est supérieur ou égal à 100 bpm ou inférieur ou égal à 60 bpm, on marquera le cercle jaune.
- **TENSION ARTÉRIELLE**, systolique et diastolique en millimètres de mercure (mmHg). Si les conditions le permettent, on mesurera la TA avec la femme assise, en enroulant le manchon du sphygmomanomètre autour de l'avant-bras droit en auscultant l'artère cubitale. Si la TA est supérieure ou égale à 140/90 ou inférieure à 80/50 mmHg, on marquera le cercle jaune. Quand la pression systolique est inférieure à 100 mmHg (ex : 90 mm Hg on devra enregistrer 090)
- **Fréquence respiratoire (F Resp)**, en respirations par minute (rpm). Lorsqu'elle dépasse les 16 rpm se présente une tachypnée alors on marquera le cercle jaune.
- **Température axillaire (TEMPÉRAT)**, est enregistrée en degrés Centigrades avec le décimal correspondant. Placer le thermomètre sous l'aisselle pendant une minute minimum. La présence de fièvre peut être signe d'une infection grave. Si la température est supérieure ou égale à 38 degrés C, on marquera le cercle jaune.

### LABORATOIRE

On fera des analyses de sang en mesurant l'hémoglobine, les leucocytes, plaquettes, HIV et VDRL/RPR.

- **HÉMOGLOBINE**, est mesurée en grammes/décilitre (gr/dL) de sang. On marquera les unités correspondantes et un décimal. Si la valeur est inférieure à 10.0 g/dL, la patiente présente anémie et on le marquera comme signe d'alerte sur le cercle jaune. Si l'hémoglobine est inférieure à 10g/dl (ex : 8,0 g/dl marquer 08,0).
- **VDRL/RPR**, la syphilis est une infection de Transmission Sexuelle (ITS) provoquée par un spirochète dénommé *Tréponème pallidum*.

Elle peut être asymptomatique ou présenter le signe le plus précoce (chancre) qui apparaît à l'endroit où a eu lieu l'inoculation. Laisser à son évolution naturelle elle a des stades caractéristiques. C'est une infection qui atteint 330.000 femmes enceintes en Amérique Latine et aux Caraïbes. On estime que le tiers des fœtus, en absence de traitement, sont avortés. L'application de mesures préventives à travers les conseils sur l'utilisation du préservatif, l'étude et traitement du partenaire et la captation des contacts sexuels et leur traitement, diminue le risque de ré-infection et de contracter de nouvelles infections par syphilis. (Voir Publication Scientifique CLAP/SMR 1562) Si cet examen avait déjà été fait pendant le prénatal et il n'est pas demandé de nouveau, il ne s'enregistrera plus. S'il est refait, ou faite pour la première fois pendant les soins hospitaliers pour un avortement on l'enregistrera dans la case indiquée, si le résultat est réactif on remplira le cercle qui indique **(+)**, s'il n'est pas réactif on marquera l'espace indiquant **(-)** et s'il n'a pas été fait on le marquera dans le cercle jaune (pas fait). En dépendant des conditions locales ils s'utiliseront: des épreuves diagnostiques non treponémiques VDRL/RPR, des épreuves rapides treponémiques ou des épreuves rapides combinées

- **TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (TRAIT. SYPHILIS)**, ce traitement sera fait conformément à la norme nationale ou on peut utiliser de la pénicilline G benzatinique 2.400.000 U par voie intramusculaire, dose unique en cas de syphilis primaire. En situation d'avortement et à la différence de la grossesse, si la femme est allergique à la pénicilline on pourra utiliser d'autres antibiotiques effectifs. Dans l'espace TRAIT. SYPHILIS, on marquera le cercle jaune qui dit **(non)** quand on n'a pas fait de traitement alors qu'il était nécessaire de le faire. On marquera **(oui)** si le traitement a été fait et au cas où le traitement ne s'avérera pas nécessaire, on marquera sur (ne correspond pas) **(n/c)**. Le traitement ne correspondra pas l'effectuer dans ces cas qu'ayant fait des épreuves confirmatoires pour syphilis (treponémiques) les mêmes l'ont écartée.

Dans les endroits où les normes et les conditions permette l'emploi d'épreuves treponémiques confirmatoires, celles-ci devront être utilisées. En cas de doute il sera toujours préférable de traiter la femme

- **TRAITEMENT DU PARTENAIRE (PARTENAIRE)**  
L'un des défauts principaux dans la diminution de la syphilis congénitale se produit par le manque d'identification et le traitement des contacts sexuels de la femme.  
Cette histoire inclut une aide mémoire pour les professionnels de santé pour l'identification, typification et le traitement du partenaire et i des mesures de prévention.  
Il sera consigné par **Non** si un traitement n'a pas été fait au partenaire, et **Oui** en cas de le faire et n/a quand les études confirmatoires du partenaire sont négatives

- **HIV**, la détection et le traitement opportun de l'infection de HIV, sont des activités clés pour réduire l'impact de cette maladie, diminuer sa transmission et une occasion pour appliquer des mesures préventives. On utilise des examens de tamisage pour HIV (tests rapides d'échantillons de sang ou salive, ou le test d'ELISA). Si les tests sont réactifs on devra le confirmer par la technique de Western blot ou par immunofluorescence.

Marquer (-) si le résultat du HIV est non réactif, marquer le cercle jaune (**Oui**) s'il est réactif ou le cercle jaune (**pas fait**) quand l'examen n'a pas été fait.

- **LEUCOCYTES**, mesurés en unités par microlitre. On indique le nombre total de leucocytes (globules blancs) par microlitre.
- **PLAQUETTES**, mesurées en quantités de mille par microlitre. On remplit les trois espaces correspondants avec des numéros. Par exemple si le résultat est 450.000, on enregistre : 450, étant donné que mille est déjà écrit en lettres. L'espace jaune devra être marqué quand la valeur sera inférieure à 100 mille plaquettes.
- Groupe sanguin et facteur Rh (GROUPE Rh), au cas où il n'a pas été fait pendant le prénatal, il devra être fait et enregistré dans la section gestation actuelle, comme on a expliqué ci-dessus. Immédiatement en dessous du groupe sanguin et Rh se trouve un espace pour enregistrer l'administration de gammaglobuline anti D. En cas d'avortement cette variable sera enregistrée à la sortie dans l'espace réservé à cette fin.

## SYMPTOMATOLOGIE

Indiquer en jours et heures la durée totale des symptômes, depuis le début du premier symptôme.

## SAIGNEMENT

Si la femme ne présente pas de saignement, indiquer (**Non**) Si elle présente un saignement, marquer le cercle jaune (**Oui**), cela permet d'identifier le volume de saignement, en marquant le cercle correspondant selon qu'il s'agit d'un saignement léger, modéré ou sévère. Les deux derniers (en jaune) sont considérés des signes d'alerte, donc il faudra tenir compte de prévisions face au risque de choc hypovolémique.

## DOULEUR

On marquera l'existence de douleur abdominale et/ou pelvienne : Oui ou Non, correspondant. Demander à la femme d'utiliser l'Echelle Visuelle Analogue de la Douleur (EVAD), cette échelle a été développée par Ipas et c'est une manière simple de quantifier un élément subjectif tel que l'intensité de la douleur (voir annexe A) Pour indiquer l'intensité de la douleur, on notera à Score, les points correspondants, exprimés

en unités avec un décimal (par exemple un score de la douleur de 4.8) On demandera à la patiente d'évaluer la douleur maximale, qu'elle ait ressentie depuis le début du cadre clinique pour lequel elle fait la consultation. Si on ne dispose d'EVAD, on lui demandera de qualifier la douleur sur une échelle de 0 à 10, 0, étant absence de douleur et 10 la douleur maximale ressentie. Dans ce cas on utilisera des numéros entiers, sans décimaux.

## EXAMEN CLINIQUE

On indiquera les signes trouvés dans l'examen clinique dans les espaces correspondants.

## CONSCIENCE

On inscrira l'une des quatre options suivantes pour établir l'état de conscience:

- **Lucide**, si elle s'y trouve dans l'espace et dans le temps, elle peut maintenir un dialogue cohérent.
- **Somnolente**, elle est soumise à un état de somnolence persistant.
- **Excitée**, elle présente hyperkinésie prédominant les membres supérieurs et inférieurs. Ses mouvements sont involontaires, sans coordination, inconscients.
- **Comateuse**, la femme est en état inconscient, présente perte de la sensibilité et de la capacité motrice volontaire. La profondeur du coma est définie par plans (1 à 4) 1, étant le plus léger et 4 le plus profond.

## PEAU ET MUQUEUSES

On indiquera l'apparence de la peau et des muqueuses dans les espaces correspondants, ces variables acceptent plus d'une option (ex: pâle et pétéchies)

- **Normale**, quand il n'y a pas d'altérations visibles dans la couleur de la peau en prenant comme référence celle qui appartient à son ethnie.
- **Pâle**, Couleur considérablement plus claire des muqueuses et de la couleur de la peau que celles appartenant à son ethnie.
- **Contusionnée**, taches sous-dermiques ou sous- muqueuses en couleur bleu- violacé ou violacé- jaunâtres, ce qui dépend du temps d'évolution. En absence de traumatisme, elles peuvent indiquer des altérations de la coagulation.
- **Pétéchies**, petites taches apparaissant comme des points rouges sur la peau, qui ne disparaissent pas sous pression digitale. Elles peuvent manifester des altérations de la coagulation.
- **Ictère**, couleur jaunâtre de la peau et des muqueuses pouvant indiquer une déficience organique hépatique.

Les trois dernières options sont des signes d'alerte qui exigent de plus grands soins, donc on les marquera en jaune.

## ABDOMEN

On indiquera l'état et l'apparence de l'abdomen par l'observation et la palpation statique et dynamique de l'abdomen

- **Normal**, on ne détecte pas d'altérations (Si cela variable est marqué, les restantes ne sont pas values)
- **Viscéromégalies**, agrandissement et/ou dilatation des organes intérieurs. La présence d'hépatomégalie ou splénomégalie indique un plus grand compromis organique et/ou fonctionnel. On doit en découvrir la cause, car ça peut faire partie d'un syndrome infectieux grave, entre autres.
- **Rebondissement**, ce signe est pathognomonique d'ascite (accumulation excessive de liquide dans la cavité abdominale)
- **Détendu**, l'abdomen se voit augmenté de taille et à la palpation on remarque une plus grande tension à partir de la surface jusqu'au plan musculaire.
- **Signes péritonéaux**, la douleur, à la décompression de la paroi abdominale, est provoquée par l'inflammation du péritoine. Ce signe se présente dans les cas de perforation utérine et d'autres viscères abdominaux et/ou pelviens. Il peut être lié à des manipulations abortives ou à des grossesses ectopiques compliquées.
- **Silence abdominal**, l'auscultation abdominale indique absence de bruits abdominaux, ce qui indique la perte du péristaltisme intestinal assimilable à un arrêt du transit intestinal.

Les cercles des cinq dernières options sont jaunes à cause de la gravité potentielle qu'ils indiquent.

## EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

L'examen gynécologique a pour but de déterminer, à travers un examen bimanuel, la taille et les caractéristiques cliniques de l'utérus et de son contenu, l'état du cervix, l'existence de restes et l'exploration du canal vaginal.

## UTÉRUS À TRAVERS EXAMEN BIMANUEL

On notera :

- Taille utérine (taille), en semaines de gestation (sem), d'après ce que déterminera l'examen bimanuel fait par du personnel formé là-dessus
- Position, on marquera si l'utérus est en position d'antéversoflexion (AVF), moyen (milieu) ou en rétroversoflexion (RVF) dans le cercle jaune
- Col fermé, ce signe est un signe d'alerte au moment de penser à l'évacuation du contenu utérin, il faut marquer **Oui** (cercle jaune) ou **Non**, selon ça correspondra.
- Restes, si on trouve des restes ovulaires marquer Oui (cercle jaune) ou Non, selon les découvertes lors de l'examen gynécologique. On a inclus aussi l'option "ne sait pas" au cas où le prestataire ne peut pas définir cliniquement cet aspect.
- Vagin normal, marquer Oui ou Non selon ça correspondra.

## ECHOGRAPHIE

Le diagnostic de l'avortement est essentiellement clinique. La réalisation d'études para-cliniques n'est pas un empêchement pour commencer la thérapeutique. Cette étude se fera si on dispose d'ultrasons dans les cas où il y a une grande complexité de diagnostic ou bien si l'inquiétude de la femme et de sa famille est déterminante et oblige à accélérer les pas vers le diagnostic (ex: œufs sans embryon). En cas d'un avortement l'échographie utérine peut montrer le sac gestational ou ses débris et/ou les caillots sanguins. L'utérus sera seulement vide quand l'avortement a été accompli. Les ultrasons sont très utiles de faire une diagnose correcte. Nous recommandons la lecture supplémentaire de la Publication Scientifique CLAP/WMR PAHO N° 1562. Si l'échographie a été fait, chèque OUI et enregistre la Grandeur de l'Utérus au cours des semaines de gestation. Si la mesure était 70 millimètres écrivent 070 dans les boîtes.

## ANALGESIE

On doit fouiller OUI ou NON dans le casier Sollicitée, si la femme a demandé ou n'a pas demandé de médicaments analgésiques. Il faut fouiller OUI ou NON dans le casier Réalisée s'il n'a reçu le médication.

## CONDITION A L'ADMISSION

Cette variable cherche à détecter l'existence de complications avant d'effectuer toute procédure thérapeutique et/ou diagnostic dans l'institution. S'il n'y a aucune complication altérant l'état de santé maternel à l'admission marquez le cercle qui dit Non. S'il y a des complications au moment de l'admission on marquera le cercle correspondant. Il y a possibilité d'identifier différents types de complications.

Les complications les plus importantes de l'avortement incomplet sont l'hémorragie avec anémie aiguë et l'infection et s'il y a eu des manipulations instrumentales préalables, il peut y avoir risque de perforation.

Dans l'avortement spontané, les infections les plus fréquentes se produisent par l'accroissement des germes qui habitent le tractus génital inférieur. L'utérus, d'ailleurs, peut s'infecter par l'utilisation de matériel contaminé. La gravité du cadre comprend une vaste fourchette allant de l'endomiomérite à la sepsie.

On marquera la ou les options suivantes :

- **Infection génitale**, quand il y a des symptômes et des signes compatibles avec l'infection : fièvre, chauds et froids, sécrétions vaginales fétides, douleur abdominale ou pelvienne spontanée et/ou à la mobilisation de l'utérus, métrorragie prolongée et augmentation des leucocytes.
- **Infection pelvienne**, les découvertes les plus fréquentes sont douleur abdominale ou pelvienne, signes péritonéaux manifestés

par douleur lors de la décompression abdomino-pelvienne, douleur à la mobilisation de l'utérus, fièvre égale ou supérieure à 38° C et leucorrhée mucopurulente et/ou fétide, grand nombre de leucocytes.

- **Sepsie**, c'est un cadre grave compromettant l'état général, elle peut atteindre la conscience accompagnée de fièvre et touche multi-parenchymateuse (ictère, anurie ou oligo-anurie, hypotension, altérations respiratoires, troubles de la coagulation, etc.) C'est une complication associée fréquemment à l'avortement fait dans des conditions incertaines, par personnel non qualifié et/ou dans de mauvaises conditions d'asepsie.
- **Hémorragie excessive**: métrorragie abondante et continue, dépassant les 500 ml. Elle est le plus souvent liée à atonie utérine (plus le temps de gestation est long, plus elle est fréquente), elle peut aussi être secondaire à la retenue de restes ovulaires ou à des lésions (perforations) pendant le processus d'évacuation.
- **Choc hypovolémique**: il est provoqué par une hémorragie excessive et à évolution rapide, secondaire à une complication. Il compromet très fortement la conscience, l'état général et retentissement hémodynamique sévère.
- **Perforation utérine/déchirement**, la perforation est une complication assez fréquente dans le processus d'évacuation utérine, en particulier si on fait un curetage. Il peut s'agir d'une perforation moins importante, en général asymptomatique et elle est résolue spontanément ou avec l'administration d'ocitociques. Si la perforation est plus importante, elle peut présenter syndrome d'irritation péritonéale, choc hémodynamique et elle exigera de faire une laparotomie d'exploration. ( Consulter la Publication Scientifique CLAP/SMR 1562)  
Dans d'autres cas on constate des déchirements. Or dans les deux situations il faudra identifier la topographie de la lésion: vaginale, utérine et/ou pelvienne. Enregistrer la topographie de la déchirure et/ou perforation (vagin, utérus); on notera pelvien pour toute lésion d'organe pelvien (rectum, vessie ou vaisseaux pelviens). Autre correspond aux lésions d'autres organes abdominaux.

## DIAGNOSTIC

### Etat actuel de l'avortement

**Avortement:** il est défini comme l'expulsion ou extraction du produit de la conception hors de l'utérus maternel, avec un poids égal ou inférieur à 500 grammes ou quand l'interruption de la grossesse se produit avant les 22 semaines.

- Etat actuel de l'avortement, on marquera le diagnostic trouvé par l'examineur. Les options fournies par la version de l'Histoire Clinique Périnatale pour des Femmes en Situation d'Avortement sont celles qui sont informées le plus souvent : avortement complet, incomplet et d'autres alternatives comme inconnu ou n'applique pas.
- Avortement complet, consiste à l'expulsion ou extraction totale de l'œuf hors de la cavité utérine en un temps complet et entier. Une fois produit, les contractions utérines cessent, la douleur disparaît, la taille de l'utérus diminue, le saignement génital cesse et les modifications cervicales regressent.
- Avortement incomplet, l'expulsion ou extraction de l'œuf est partielle et sont retenues le placenta et/ou les membranes ovulaires. Les contractions utérines douloureuses ainsi que le saignement génital persistent, l'utérus est mou et le col est toujours dilaté.

Dans les espaces correspondants aux autres options présentées, on marquera:

- **Inconnu**, quand la situation clinique n'est pas connue du prestataire et/ou il n'y a pas eu d'examen gynécologique.
- **N'applique pas**, cette option sera utilisée en cas d'avortements thérapeutiques (Ex : évacuation d'un œuf sans embryon, interruption pour risque de vie maternelle, etc.)

### Type d'avortement

On marquera en Type d'avortement, les cercles correspondants :

- **Avortement spontané (spont):** il arrive sans l'intervention de circonstances interférant artificiellement dans l'évolution de la gestation. Environ 25% des avortements spontanés ont une symptomatologie évidente. Ils peuvent se présenter comme une menace d'avortement et reculer avec le traitement ou bien intégrer des cadres cliniques avec une dynamique évolutive qui se développe en plusieurs étapes : Menace d'avortement, avortement imminent et avortement consumé. (Consulter Publication Scientifique CLAP/SMR N° 1562)

- **Avortement frustré (frustré):** Cela arrive quand l'embryon ou foetus meurt avant les 22 semaines, mais le produit est retenu (les contractions utérines n'ont pas encore commencé spontanément et il n'y a pas de dilatation cervicale). Son diagnostic se fait par échographie et on l'appelle habituellement oeuf mort et retenu.
- **Mole:** l'avortement est dû à une dégénération hydropique vacuolaire du trophoblaste. Il y a suspicion clinique due à la présence de vésicules qui ressemblent à des grappes de raisin.
- **Grossesse non viable (gros. non viable):** quand on a déterminé que le foetus ou embryon présente une atteinte qui le rend incompatible avec la vie extra-utérine. Cela vaut pour ces pays où il y a un cadre légal qui le contemple.
- **Avortement thérapeutique (thérap):** quand l'interruption de la grossesse se fait avec des buts thérapeutiques, pour des maladies où la grossesse menace la vie maternelle. Cela vaut pour ces pays où il y a un cadre légal qui le contemple.
- **Avortement thérapeutique manqué (thérap. manqué):** les procédés et/ou les médicaments utilisés ont été inadéquats ou inefficaces pour cette finalité. Si on constate l'erreur ou un avortement incomplet se présente, cela exigera une méthode chirurgicale complémentaire pour l'évacuation de l'utérus : aspiration au vide ou dilatation et curetage pour les grossesses du second trimestre.
- **Non spécifié (non spécif):** on marquera cette option quand l'interruption de la grossesse a été délibérée
- **Autre:** quand ne correspond aucune des options précédentes.

**COD DIAG CIM 10**, dans cette case on marquera le code du diagnostic réalisé au moment de l'admission de la femme au service de santé. Pour faire le diagnostic de l'état actuel de l'avortement et son type on suivra les critères de CIM - E 10 (ANNEXE 1) et on pourra consulter la Publication Scientifique CLAP/SMR N° 1562.

Si l'avortement est spontané et complet dans la version électronique de l'Histoire Clinique des Femmes en Situation d'Avortement, on inactivera automatiquement le module **PROCÉDÉ**

## RESPONSABLE

On enregistrera et/ou on utilisera un cachet avec le nom, le numéro d'identification et le professionnel signera comme responsable de l'assistance clinique et du diagnostic au moment de l'entrée.



chaque procédé, la femme doit recevoir analgésie et/ou anesthésie locale (lidocaïne para-cervicale) ou anesthésie générale selon les nécessités et la disponibilité de chaque cas en particulier.

L'aspiration au vide, manuelle ou électrique, est la méthode chirurgicale la plus sûre et rapide (3 à 10 minutes) et peut se faire de façon ambulatoire. C'est la méthode choisie pour l'évacuation, dans les grossesses jusqu'à douze semaines complètes. Elle consiste en une canule plastique ou métallique reliée à une source de vide. Avant l'insertion de la canule il faut faire la dilatation cervicale en utilisant des dilateurs osmotiques ou mécaniques seuls ou associés aux prostaglandines ou bien, maturation cervicale.

- **AMEU:** aspiration manuelle endoutérine, le vide est créé en utilisant un aspirateur plastique ou seringue de 60ml. soutenu et activé manuellement. On dispose de canules stériles, jetables et leur taille varie de 4 à 12 mm, de diamètre.
- **AEU:** aspiration électrique endoutérine, la source de la pompe au vide est électrique
- **CUI:** Curetage utérin instrumental, c'est un procédé chirurgical utilisé pour l'évacuation moyennant la dilatation (dilateurs de métal) et nettoyage de l'utérus. C'est une méthode moins sûre et présente plus de complications (perforations) Il peut être utilisé dans des grossesses de moins de 12 semaines, quand on ne dispose pas de méthodes de succion à vide, dans des grossesses de plus de 12 semaines, si on ne dispose pas de méthodes médicales pour la dilatation et expulsion foetale et de façon complémentaire, quand l'expulsion foetale s'est produite et on ne dispose pas de méthodes de succion à vide pour l'évacuation utérine.
- **Médicaments (MED),** L'utilisation de misoprostol (analogue des prostaglandines) est très efficace, sûr et acceptable pour l'interruption de la grossesse pendant le premier trimestre. Cependant il y a quelques difficultés pour l'utilisation de ce schéma.

Dans tous les cas précédents s'il ne se produit pas l'évacuation complète de l'utérus, elle sera complétée avec une méthode d'aspiration ou CUI, selon la disponibilité.

## MILIEU

On indiquera le milieu où le procédé a été effectué, en marquant l'option dans le cercle correspondant aux différentes options: **salle d'examen (Examen), salle d'accouchements (Accouchements), salle de procédés (Procéd), salle d'opérations (Salle d'opé.) et (Autre)** tout autre espace ne correspondant pas aux options précédentes.

## MÉDICAMENTS REÇUS

Il faudra les enregistrer pour tous les cas de médicaments résumés sur la liste s'ils ont été utilisés ou pas, en indiquant Oui ou Non dans chacun des cas. L'histoire permet de spécifier tout autre médicament utilisé en indiquant Oui en **Autre** et en utilisant les espaces codifiés pour **méd 1, méd 2, méd 3 et méd 4**. Les codes des médicaments seront fournis selon le classement habituel employé dans le service. Si on n'utilise aucun médicament additionnel il faudra marquer Non en **Autre**.

## SCORE DE DOULEUR

On indiquera la perception de la patiente sur la douleur qu'elle a ressentie, en utilisant l'Echelle Visuelle Analogue de Douleur (EVAD). Il faut réaliser le monitoring continu de la perception de la douleur, moyennant des techniques basées sur l'évidence. La douleur est un signe d'importance clinique qui apparaît précocement en cas de complications et la gestion efficace de la douleur est un élément essentiel pour valoriser la qualité des soins. L'utilisation de l'EVAD aide aussi à évaluer l'efficacité et à comparer les résultats des différents traitements.

Si on ne dispose pas d'EVAD, on demande à la femme de classer sa douleur sur une échelle allant de 0 à 10. On utilisera des numéros complets, sans décimal et on le notera dans l'espace correspondant. Cette évaluation doit se faire immédiatement après le procédé pour obtenir des données plus fidèles (ANNEXE 2)

## DÉCOUVERTES

Dans les espaces fournis on indiquera les découvertes cliniques faites pendant le traitement/ procédé:

- **Taille utérine**, on marquera la taille de l'utérus en semaines de grossesse, selon l'examen bimanuel effectué avant le procédé.
- **Hystérométrie**, on notera la taille de l'utérus en cm. selon le mesurage avec l'hystéromètre ou avec une canule graduée type Easy Grip ou similaire.

## ANNEXES NORMALES

Marquer Oui ou Non comme il correspond.

## FÉTIDITÉ

On marquera Oui ou Non pour indiquer si le contenu utérin et/ou les sécrétions ont une odeur fétide

## RESTES

On indiquera dans les cercles jaunes correspondants si les restes ovulaires trouvés ont été **(Rares)**, **(Modérés)** ou **(Abondants)**. On indiquera aussi si les restes ont été **inspectés** ou pas, en marquant Oui ou Non, comme il correspond.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On marquera Oui ou Non si le contenu de l'utérus a été envoyé ou pas pour une étude anatomopathologique

## COMPLICATIONS PENDANT L'OPÉRATION

On marquera Non au cas où il n'y aura pas eu de complications pendant l'opération, s'il y en a eu on marquera Oui. Cette option permettra de distinguer le type de complications en :

- **Complications chirurgicales**, on marquera dans les cercles fournis pour les différentes options correspondantes : **Saignement excessif**, **Lacération cervico-vaginale (lacération cerv/vag.)**, **Lacération utéro-intestinale (lacération utér/intest.)** L'option **Autre** permettra d'amplifier l'information en spécifiant quelle a été la complication chirurgicale.
- **Complications anesthésiques**, marquer les cercles avec les différentes options correspondantes: **Réaction adverse**, **Convulsion**, **Arrêt du cœur**.  
L'option **Autre** permettra d'amplifier l'information en spécifiant quelle a été la complication anesthésique.

## AUTRES PROCÉDÉS

Dans tous les cas on marquera le cercle correspondant Oui ou Non pour les variables suivantes :

**Réparation de lacération utérine (réparation Lac.utérine)**,  
**Réparation de lacération cervico-vaginale (Réparation lac. cerv./vag., (Hystérectomie)**, **Traitement de sepsie ( trait. sepsie)** Implica el empleo de otros procedimientos quirúrgicos específicos.

## RESPONSABLE

On enregistrera et/ou on utilisera un cachet avec le nom, le numéro d'identification. Le professionnel signera comme responsable de l'assistance clinique, du diagnostic et du procédé et traitement réalisés.

## Section: POST-PROCÉDÉ

POST-PROCÉDÉ					Conseil/Information			signature du responsable		COMPLI CATIONS	
DATE		jour	mois	année	heure	min	soins de base	oral	écrit	aucun	<input type="checkbox"/> infection génitale <input type="checkbox"/> lésion organe pelvien <input type="checkbox"/> hémorragie tardive excessive <input type="checkbox"/> choc non sceptique <input type="checkbox"/> autre _____ spécifier _____
		14	04	08	20	0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
tension artérielle	pouls	température	saignement		douleur	signes d'alarme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
110/70	80	37,4				contraception	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						rendez-vous de suivi	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					rendez-vous de contrôle de suivi		jour	mois	année		
							22	04	08		

**DATE**, dans les espaces correspondants au jour, mois, année, on indiquera la date à laquelle les soins post-procédé ont commencé en plus d'enregistrer l'heure, minutes où le procédé a fini et ont commencé les soins post-procédé. Cela permettra de calculer la durée totale du procédé.

Dans la case de contrôles on indiquera la tension artérielle, pouls, température, saignement et douleur. On indiquera les signes vitaux et la douleur, une fois par heure pendant les quatre premières heures après le procédé. Au cinquième rang on notera les contrôles pendant la dernière heure avant la sortie de la patiente.

- **Tension artérielle (TA)**, on notera la Ta systolique et diastolique, en millimètres de mercure (mmHg)
- **Pouls**, en battements par minute (bpm)
- **Température (temp.)**, on marquera la température axillaire en degrés centigrades (°C)
- **Saignement (saigne.)**, on indiquera le niveau de saignement génital comme léger (L), modéré (M) ou sévère (S).
- **Douleur (voir annexe 2)**, on demandera à la femme d'évaluer sa douleur en utilisant l'Echelle Visuelle Analogue de Douleur (EVAD). On notera en numéros, en utilisant un décimal, à travers des techniques basées sur l'évidence. Si on ne dispose pas d'EVAD, on demande à la femme de classer sa douleur sur une échelle allant de 0 à 10. On utilisera des numéros complets, sans décimal et on le notera dans l'espace correspondant. Toute augmentation des valeurs perçues pourra être indice de complications.

### CONSEIL/INFORMATION

On marquera les cercles correspondants et on indiquera si la femme a reçu des conseils ou information sur les **Soins de base, Signes d'alarme et/ou Contraception et si elle a pris un Rendez-vous de**

**suivi ou** contrôle. On indiquera si le conseil ou l'information ont été sous forme Orale ou Ecrite ou bien on marquera Aucune si elle n'a reçu aucun conseil ni oral ni écrit sur ces sujets. Dans la colonne désignée « signature du responsable », on notera le nom et/ou les initiales du professionnel responsable. Si on a pris un rendez-vous de **suivi on enregistrera en Rendez-vous** de Suivi le jour, mois, année dans la case correspondante.

**Soins de base** : après la sortie, pendant les premiers jours, on fera des contrôles domiciliaires de :

- température, couleur, quantité et odeur des pertes vaginales, persistance de la douleur et troubles du transit digestif. La présence de l'une ou plusieurs altérations dans ces paramètres ou autres signes préoccupants permettront de détecter précocement des complications et on devra consulter immédiatement.
- l'activité sexuelle pourra recommencer lorsque les pertes des sécrétions vaginales auront cessé.
- on arrangera une visite de contrôle entre les 7 et 10 jours post-avortement, on évaluera l'évolution et on réalisera les actions qui n'ont pas été faites avant la sortie.
- **Signes d'alarme**, on devra instruire la femme à reconnaître ces signes et à consulter immédiatement face à la persistance de la douleur, augmentation du saignement, fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , changement dans la quantité, couleur, odeur et aspect des pertes, sécrétions génitales fétides, lochies avec des restes ovulaires, pâleur cutanée – muqueuse, vertiges, lipothymie, perte de la conscience.

## COMPLICATIONS

On indiquera la présence et la gravité relative de toute complication finale dans les boîtes correspondants aux options suivantes:

- l'Infection génitale et(ou) pelvienne, (une infection génital/pelv)
- Dommage d'organes pelviennes ou autres
- Hémorragie tardive et(ou) excessive,
- Choc non septique
- Autre; spécifier toute autre complication qui n'est pas dans les options précédentes. La présence sera spécifiée de jusqu'à trois complications présentées en ordre d'importance, de 1 à 3 (primaire ou principale, secondaire ou tertiaire). Un zéro sera noté à côté des complications qu'il a n'eues pas présentées.

## ANTIRUBÉOLE POST-AVORTEMENT

On constate qu'il est nécessaire d'administrer le vaccin anti-rubéole dans la période post-avortement chez des femmes n'ayant pas été immunisées

au préalable. Cette mesure préventive cherche à protéger la femme, d'ailleurs elle s'en bénéficiera dans une prochaine grossesse.

On marquera "**ne correspond pas**" si son vaccin est encore valable, donc il n'a pas été nécessaire de la vacciner. On marquera **Oui**, quand la femme a dû recevoir le vaccin et elle a été vaccinée à la sortie et on marquera **Non**, quand la femme qui devait être vaccinée est sortie sans recevoir le vaccin.

### **GAMAGLOBULINE Rh POSTAVORTEMENT (γGLOBULINE)**

Quand il s'agit d'une femme Rh négatif non immunisée (elle n'a pas d'anticorps anti D) avant la sortie de l'hôpital après un avortement elle devra recevoir gamma globuline hyper immune anti D (selon la norme nationale). On marquera (**Oui**) si en étant Rh négatif non immunisée elle a reçu gglobulina anti D. Il sera marqué pas quand en étant Rh négatif non immunisée il n'a pas reçu gamma globuline anti D. En cas d'une femme Rh positif ou Rh négatif immunisée il faudra fouiller (**n/c**) il ne correspond pas.

### **RESPONSABLE**

Le professionnel responsable devra noter son nom, signer et/ou apposer un cachet avec le numéro d'immatriculation professionnelle. Le professionnel est cliniquement et légalement responsable de l'assistance et du traitement réalisé.

## Section: CONTRACEPTION

CONTRACEPTION		A commencé MAC		non <input checked="" type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	préfère accédé	
	préfère accédé					préfère accédé	DIU <input type="radio"/> <input type="radio"/>
CO pillule	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	autre hormonal (anneau vag, patch, CU)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>			SCV masc.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
injectable	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	préservatif	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			SCV fém.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
implant	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	autre méthode barrière	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			abstinence	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

**Avez-vous entamé une méthode contraceptive?** On marquera Oui ou Non si la femme a entamé une méthode contraceptive avant de quitter le service (ex : elle a pris la première pilule CO, on lui a placé un DIU, elle a reçu une méthode injectable ou on lui a placé un patch) Si on a marqué Oui, on indiquera dans les cercles correspondants laquelle des méthodes suivantes elle a

### Demandé et/ou Reçu:

- Contraceptifs oraux, (CO ou « pilule »)
- Injectable
- Implant
- Un autre contraceptif hormonal (Un autre hormonal, anneau vaginal, patch, (CU) Contraceptifs d'Urgence)
- Préservatif (masculin ou féminin)
- D'autres méthodes de barrière (spermicides, diaphragme, etc.)
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Stérilisation chirurgicale volontaire masculine (SCV masc.)
- Stérilisation chirurgicale volontaire féminine (SCV fém.)
- Abstinence (abstinence périodique avec monitoring de la température basale, méthode de Billings, etc.)

La méthode choisie par la femme est marquée comme SOLLICITÉ.

La méthode que la femme reçoit est marquée comme REÇU.

Même que l'abstinence périodique est une décision de comportement et n'est pas un médicament il est noté comme : REÇU

## Section: SORTIE

<b>SORTIE</b>		DATE		TYPE DE SORTIE			
jour		mois		année		heure min	
mort <input type="radio"/>		contre conseil médicale <input type="radio"/>		sortie médicale <input checked="" type="radio"/>		fuite <input type="radio"/>	
Traitement		antib prof <input type="radio"/>		antib therap <input type="radio"/>		analg <input type="radio"/>	
autre aucune <input type="radio"/>		CONDITION À LA SORTIE		saine <input checked="" type="radio"/>		NA <input type="radio"/>	
Code diag. CIM-10 sortie		Lieu		Tranfert		Autopsie	
ANTI RUBÉOLE		valable <input type="radio"/>		non <input type="radio"/>		oui <input checked="" type="radio"/>	
γglobuline		non <input checked="" type="radio"/>		oui <input type="radio"/>		n/c <input type="radio"/>	
AFFECTÉE		psychologie <input type="radio"/>		contraction <input type="radio"/>		autre établis <input type="radio"/>	
non <input checked="" type="radio"/>		violence <input type="radio"/>		infertilité <input type="radio"/>		autre <input type="radio"/>	
oui <input type="radio"/>		adolescence <input type="radio"/>		HIV/traitements <input type="radio"/>		spécifier	
		décès pendant ou après transfert		non <input type="radio"/>		oui <input checked="" type="radio"/>	
		RESPONSABLE		15364		Dr. Lito	

On enregistrera Date (jour, mois, année) et l'heure et minutes de la sortie dans les espaces correspondants comme il a été expliqué dans les situations précédentes.

### TRAITEMENT

On indiquera si on a donné l'autorisation de sortie avec l'indication de faire un traitement médicamenteux dans le domicile. On marquera les options suivantes dans chaque cercle correspondant :

- **Antibiotiques prophylactiques**
- **Antibiotiques thérapeutiques**
- **Analgésiques**
- **Autre**, différent aux options précédentes
- **Aucun**, si elle n'a reçu aucun médicament ou ordonnance au moment de la sortie

### TYPE DE SORTIE

On indiquera le type de sortie, en marquant le cercle correspondant

- **Décès**, si la femme est morte dans l'établissement où elle a été soignée, il faut marquer dans le cercle « décès » et alors en TYPE DE SORTIE, il faut inclure le moment, la date et heure du décès.
- **Contre la conseil médicale**, quand la femme quitte l'établissement sans l'autorisation médicale mais le personnel est au courant de sa décision.
- **Sortie médicale**, le médecin ou un autre prestataire de services de santé a signé l'autorisation de sortie.
- **Fuite**, la femme quitte l'établissement sans autorisation et sans que le personnel médical en soit au courant.

## CONDITION À LA SORTIE

On indiquera dans le cercle correspondant si au moment de la sortie la femme:

- **était Saine**, en pleine forme
- **N'applique pas (NA)**, quand la femme a été transférée à un autre service pour continuer les soins.
- **présentait une pathologie (avec pathologie)** de type général et/ou liée au mobile d'entrée et traitement ou procédé réalisé pendant son hospitalisation. Dans ce cas on inscrira dans No de l'institution celle à laquelle été transférée la femme et si elle décède ou non pendant le transfert.
- **est morte**, la femme meurt dans une étape du processus d'assistance.
- **Autopsie**  
En cas de mort, on marquera **Oui** ou **Non** si on a fait l'autopsie ou **n'applique pas (NA)** si la patiente n'est pas morte.

## CODE DE DIAGNOSTIC CIM- 10 (SORTIE)

On indiquera le code CIM-10 pour le diagnostic final dans l'espace fourni de trois cases ensemble et une séparée. Par exemple :

Le code d'avortement incomplet est 003 et le code incomplet sans complications est .4. - Ainsi l'avortement sans complications sera enregistré 003.4.

## AFFECTÉE

Dans les cas de femme en situation d'avortement on pourra exiger l'assistance de différents spécialistes pouvant être ou non dans le même hôpital ou centre de santé. La référence systématique au centre de traitement le plus proche et si c'est le cas spécifier le type de service auquel elle a été affectée. On marquera **Oui** ou **Non** pour indiquer si la femme a été affectée à l'un des services suivants :

- Psychologie
- Violence
- Adolescence
- Contraception
- Infertilité
- HIV/ITS
- Autre établissement (autre établis.)
- Autre

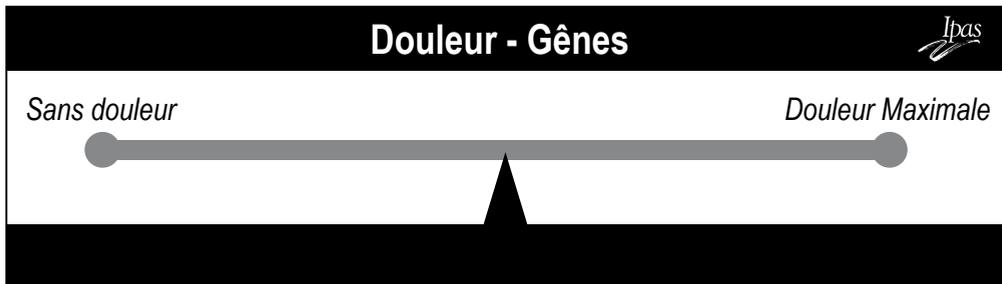
Si on marque une des deux dernières options, on spécifiera le nom et/ou code de l'établissement dans l'espace fourni.

# ANNEXE A

## ÉCHELLE VISUELLE ANALOGUE DE LA DOULEUR (EVAD)

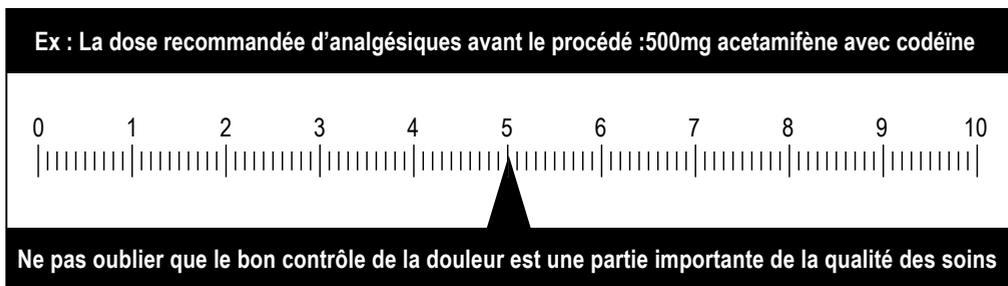
*Ipas* a conçu un outil qui facilite la quantification du classement subjectif de la patiente quant à la douleur éprouvée.

En utilisant le côté de l'échelle intitulé "Douleur – Gêne", demander à la femme de glisser la règle de papier dans la manche plastique jusqu'à la flèche bleue, signaler le lieu correspondant entre les deux extrémités de "Aucune douleur" et "Douleur Maximale".



Ensuite tourner l'échelle vers le côté contraire et noter le numéro indiqué par la flèche bleue sur l'échelle numérique, exprimé à un décimal.

Remarquer que les valeurs augmentent de droite à gauche et non pas de gauche à droite.



## ANNEXE B

### CLASSEMENT INTERNATIONAL DES MALADIES (CIM) LIÉES À DES GROSSESSES FINISSANT EN AVORTEMENT

#### **Grossesse finissant en avortement (O00-O08)**

Exclut : grossesse qui continue après avortement d'un ou quelques fœtus (O31.1)

#### **O00 Grossesse ectopique**

Inclut : grossesse ectopique déchirée

Utiliser code additionnel de la catégorie O08-, si on veut identifier une complication associée

#### **O00.0 Grossesse abdominale**

Exclut: soins maternels pour fœtus viable en grossesse abdominale (O36.7)  
accouchement de fœtus viable en grossesse abdominale (O83.3)

#### **O00.1 Grossesse tubaire**

Grossesse fallopienne

Rupture de l'oviduct ou trompe (de Fallope) dû à grossesse

Avortement tubaire

#### **O00.2 Grossesse ovarienne**

#### **O00.8 Autres grossesses ectopiques**

Grossesse :  
cervicale  
tubaire  
intra-ligamenteuse  
intra-murale

#### **O00.9 Grossesse ectopique, non spécifiée**

#### **O01 Môle hydatiforme**

Utiliser code additionnel de la catégorie O08.-, si on veut identifier quelque complication associée.

Exclut: Môle hydatiforme maligne (D39.2)

#### **O01.0 Môle hydatiforme classique**

Môle hydatiforme complète

#### **O01.1 Môle hydatiforme, incomplète partielle**

#### **O01.9 Môle hydatiforme non spécifiée**

Maladie trophoblastique SAI

Môle vésiculaire SAI

#### **O02 Autres restes ovulaires anormaux**

Utiliser code additionnel de la catégorie O08.-, si on veut identifier quelque complication associée.

Exclut: fœtus papyracé (O31.0)

**O002.0 Œuf sans embryon et môle non hydatiforme**

Môle : charnue  
 intra-utérine SAI  
 Œuf pathologique

**O02.1 Avortement retenu**

Mort fœtale précoce, avec retenue du fœtus mort

**Exclut:** Avortement retenu avec: œuf sans embryon ( O02.0)  
 Môle : hydatiforme (O01.-)  
 non hydatiforme (O02.0)

**O02.8 Autres restes ovulaires anormaux spécifiés**

**Exclut:** l'association avec: œuf sans embryon (O02.0)  
 môle: hydatiforme (O01.-)  
 non hydatiforme (O02.0)

**O02.9 Restes ovulaires anormaux non spécifiés**

Les subdivisions suivantes à quatrième caractère sont utilisées avec les catégories O03-O06

**Remarque :** Dans la définition d'avortement incomplet sont inclus les restes ovulaires retenus après un avortement.

**.0 Incomplet, compliqué avec infection génitale et pelvienne**

Avec atteintes en O08.0

**.1 Incomplet, compliqué par hémorragie excessive ou tardive**

Avec atteinte en O08.1

**.2 Incomplet, compliqué par embolie**

Avec atteintes en O08.2

**.3 Incomplet, avec d'autres complications spécifiées et non spécifiées**

Avec atteintes en O08.3-O08.9

**.4 Incomplet, sans complication****.5 Complet ou non spécifié, compliqué avec infection génitale et pelvienne**

Avec atteintes en O08.0

**.6 Complet ou non spécifié, compliqué par hémorragie excessive tardive**

Avec atteintes en O08.1

**.7 Complet ou non spécifié, compliqué par embolie**

Avec atteintes en O08.2

**.8 Complet ou non spécifié, avec d'autres complications spécifiées et non spécifiées**

Avec atteintes en O08.3-O08.9

**.9 Complet ou non spécifié, sans complication**

- 003 Avortement spontané**  
(Voir avant 003 pour les subdivisions)  
**Inclut:** Avortement spontané
- 004 Avortement médical<sup>1</sup>**  
(Voir avant 003 pour les subdivisions)  
**Inclut:** interruption de la grossesse:  
- légale  
- thérapeutique  
avortement thérapeutique
- 005 Autre avortement**  
(Voir avant 003 pour les subdivisions)
- 006 Avortement non spécifié<sup>2</sup>**  
(Voir avant 003 pour les subdivisions)  
**Inclut:** avortement induit SAI
- 007 Essai manqué d'avortement<sup>3</sup>**  
**Inclut:** échec dans l'essai de l'induction de l'avortement  
**Exclut:** avortement incomplet (003-006)
- <sup>1</sup> Fait allusion SPÉCIFIQUEMENT à l'interruption LÉGALE ou THÉRAPEUTIQUE de la grossesse, indépendamment de la méthode d'Évacuation. Il est possible que le procédé n'implique pas l'utilisation de médicaments ou autres agents pharmacologiques
- <sup>2</sup> Ici on inclut tout avortement ou toute interruption de la grossesse quand on n'en avait pas connaissance.
- <sup>3</sup> Ce code SEULEMENT sera utilisé en cas d'une interruption manquée de la grossesse, LÉGALE ou THÉRAPEUTIQUE, comme on décrit au numéro 1 .
- 007.0 Avortement manqué, compliqué par infection génitale et pelvienne**  
Avec atteintes en 008.0
- 007.1 Avortement médical manqué, compliqué par hémorragie excessive ou tardive**  
Avec atteintes en 008.1
- 007.2 Avortement médical manqué, compliqué par embolie**  
Avec atteintes en 008.2
- 007.3 Avortement médical manqué avec d'autres complications et celles non spécifiées**  
Avec atteintes en 008.3-008.9
- 007.4 Avortement médical manqué, sans complications**  
Essai manqué d'avortement médical SAI
- 007.5 Autres essais manqués d'avortement et ceux non spécifiés par infection génitale et pelvienne**  
Avec atteintes en 008.0
- 007.6 Autres essais manqués d'avortement et ceux non spécifiés, compliqués par hémorragie excessive ou tardive**  
Avec atteintes en 008.1

**007.7 Autres essais manqués d'avortement et ceux non spécifiés, compliqués par embolie**

Avec atteintes en O08.2

**007.8 Autres essais manqués d'avortement et ceux non spécifiés, avec d'autres complications et celles non spécifiées**

Avec atteintes en O08.3-O08.9

**007.9 Autres essais manqués d'avortement et ceux non spécifiés, sans complication**

Essai manqué d'avortement SAI

**O08 Complications après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

**Remarque:** Ce code est fourni essentiellement pour codifier la morbidité. Pour utiliser cette catégorie on doit faire référence aux guides et règles de codification de morbidité dans le Volume 2 de la CIE version 2006

**008.0 Infection génitale et pelvienne après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Endométrite

Oophorite

Paramétrite

Pelvipéritonite

consécutives aux atteintes

Salpingite

se classant en O00-O07

Salpingoophorite

Sepsie

Choc septique

Septicémie

**Exclut:** embolie septique ou septicopémiq (O08.2)  
infection des voies urinaires (O08.8)

**008.1 Hémorragie excessive ou tardive après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Afibrinogénémie

consécutives aux atteintes

Syndrome de défibrination

se classant en O00-O07

Coagulation intra-vasculaire

**008.2 Embolie après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Embolie (de):

SAI

gazeuse

- liquide amniotique

- caillot sanguin

consécutives aux atteintes

pulmonaire

se classant en O00-O07

piémique

septique ou septicopémiq

savonneuse

**008.3 Choc après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

collapsus circulatoire  
Choc post-opération

consécutives aux atteintes  
se classant en O00-007

**Exclut:** Choc septique (O08.0)

**008.4 Insuffisance rénale après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Oligurie consécutive à des atteintes  
Rénal

- Insuffisance rénale (aiguë)
- Suppression rénale
- Nécrose tubaire

consécutives aux atteintes  
se classant en O00.007

Urémie

**008.5 Troubles métaboliques après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Déséquilibre électrolytique consécutif à atteinte(s) se classant en O00-007

**008.6 Lésion d'organes ou de tissus pelviens après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Lacération, perforation, déchirement ou traumatisme chimique (du) (de l') (de la):

- vessie
- intestin
- ligament large
- col utérin
- tissu périurétral
- utérus

consécutives aux atteintes  
se classant en O00-007

**008.7 Autres complications veineuses après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire****008.8 Autres complications après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Infection des voies urinaires  
Arrêt du cœur

consécutives aux atteintes  
se classant en O00-007

**008.9 Complication non spécifiée après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire**

Complication non spécifiée après des atteintes se classant en O00-007

## BIBLIOGRAPHIE

Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.

CDC 2001. Revised Guidelines for HIV counseling, testing and referral and Revised recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 50(RR-19).

CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. [www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm). Last accessed on Sept 30, 2006.

Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.

Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for Promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.

Fescina R, De Mucio B, Diaz Rossello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Faúndes A, editor. Segunda edición, Marzo 2007.

Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.

Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC: Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B (2005) From Public Health Emergency to Public Health Service: The Implications of Evolving Criteria for Newborn Screening Panels. <http://www.cdc.gov/genomics/activities/publications/newborn.htm> Accessed on October 23, 2006.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.

Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas. 2002.

McDonald SJ, Abbott JM. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. (Protocol)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Unidad de VIH/Sida. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo (OPS/DPC/CD/301/04). Unidad de Enfermedades Transmisibles Área de Prevención y Control de Enfermedades (OPS/AD/DPC/CD) y CLAP. Montevideo: OPS, 2004 .

Organización Panamericana de la Salud. Grupo Étnico y Salud. 37 sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo (SPP37/10). Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Washington DC: OPS, 1995.

Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua: Ipas, 2003.

Pena-RosasJP,ViteriFE.2006.Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane database of Systematic Review Issue 3. Art No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub2.

Rabe H, Reynolds G, Díaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.

RobertsD,DalzielS.Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro(RevisiónCochranetraducida).En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Simini F, Díaz Rossello JL, Matijasevich A, et al. Sistema Informático Perinatal. Manual resumido. Montevideo 2003. Publicación científica CLAP 1524.

Schkolink S, Del Popolo F (2005). Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una mitología Regional. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afro-descendientes de América Latina y el Caribe: relevanciay pertinenciadelainformación sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005.

Shaw D. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S155. Epub 2007 Oct 24.

Szwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, et al. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Bol Oficina Sanit Panam. 1983;95(2):163-172.

Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005. (Internet) <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf> Último acceso 23 de marzo de 2007.

WHO 2005. Report of a WHO technical consultation on Birth Spacing. Department of Making Pregnancy Safer and Reproductive Health and Research.

WHO2006.StandardsforMaternalandNeonatalCare.DepartmentofMakingPregnancySafer. 2006.

WHO 2006. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice.

WHO 2002. WHO antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the new model.

WHO 1993. Breastfeeding Counseling: A training course. WHO/CDR/93.4 UNICEF/ NUT/93.2.