

ORGANISATION ET REALISATION des DEPISTAGES NEONATALS BIOLOGIQUE et DE LA SURDITE DANS LE CONTEXTE D'UN ACCOUCHEMENT A DOMICILE



Madame, Monsieur,

Vous faites le projet d'un accouchement accompagné à domicile (AAD).
Vous trouverez ci-dessous quelques éléments d'information concernant les dépistages néonataux.



DEPISTAGE NEONATAL BIOLOGIQUE

En France, le dépistage néonatal biologique est prévu **gratuitement pour tous les nouveau-nés pour détecter certaines maladies graves**. Cela permet de mettre en place une prise en charge précoce améliorant le pronostic. Il n'est pas obligatoire mais il est **recommandé** par le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est soumis à votre accord.

Le **professionnel de santé** qui suit votre grossesse est à votre disposition pour vous expliquer les **objectifs de ce dépistage**.

Un document d'information national est également disponible :

Dépliant d'information édité par la HAS,
le Ministère de la santé
et le Centre National de Coordination du Dépistage
Néonatal :

<https://depistage-neonatal.fr/wp-content/uploads/2021/11/De%CC%81pliant-DNN.pdf>



		ENFANT N-NÉ À RISQUE DE DRÉPANOCYTOSE: Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 2																								
		NOM: <u>3</u> <i>(Patronyme déclaré à l'état civil):</i>																								
		Prénom : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																								
		Nom de naiss. de la mère : _____																								
		Né(e) le : _____ à : _____ h _____ min																								
		Poids : _____ g Terme : _____ SA+ _____ jours																								
		Maternité naissance : _____																								
		Accouchement à domicile <input type="checkbox"/> ou																								
		Grossesse multiple <input type="checkbox"/> Si oui, Rang de naissance : <u>4</u> / <u> </u>																								
		PRÉLÈVEMENT 5 INITIAL <input type="checkbox"/> 2° PRÉLÈVEMENT <input type="checkbox"/>																								
		Prélevé le : _____ à : _____ h _____ min																								
		Nom Préleveur : _____																								
		Lieu prélèvement : Maternité de <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>																								
		si autre <input type="checkbox"/>																								
		Lieu / Code : _____ 6																								
		VÉRIFICATION AUDITION																								
		<input type="checkbox"/> N-né à risque de surdité. Si OUI, précisez : _____																								
		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">1^{er} test</th><th colspan="2">Re-test</th></tr></thead><tbody><tr><td>Date: _____</td><td>Date: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lieu: _____</td><td>Lieu: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>OEA <input type="checkbox"/></td><td>PEA <input type="checkbox"/></td><td>OEA <input type="checkbox"/></td><td>PEA <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Normal</td><td>À surveiller</td><td>Normal</td><td>À surveiller</td></tr><tr><td>OD <input type="checkbox"/></td><td>OG <input type="checkbox"/></td><td>OD <input type="checkbox"/></td><td>OG <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	1 ^{er} test		Re-test		Date: _____	Date: _____			Lieu: _____	Lieu: _____			OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	Normal	À surveiller	Normal	À surveiller	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>
1 ^{er} test		Re-test																								
Date: _____	Date: _____																									
Lieu: _____	Lieu: _____																									
OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>																							
Normal	À surveiller	Normal	À surveiller																							
OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>																							
		Rendez-vous le : _____																								
		Lieu: _____																								
		Avec : _____																								
		Tél : _____																								
		<input type="checkbox"/> Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car:																								

RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT :

Le professionnel qui réalise le dépistage peut contacter le centre régional de dépistage néonatal de son territoire pour l'informer de la réalisation de ce test à domicile et, possiblement, obtenir des kits spécifiquement adaptés à ce type de prélèvements.

Le dépistage doit absolument être réalisé entre 48h et 72 h de vie. C'est important car l'objectif est de détecter le plus tôt possible ces maladies rares et, si nécessaire, de commencer un traitement avant même que des signes de la maladie apparaissent.

Ce test est rapide et sans danger. Il peut être réalisé à domicile, par votre sage-femme, une puéricultrice ou une infirmière, et ce, dans les mêmes délais. Il consiste en une piqûre au talon ou dans une veine pour recueillir quelques gouttes de sang qui seront déposées sur un papier buvard. Vous pourrez tenir votre bébé dans les bras pendant le test pour le rassurer, ou le faire téter.

Le prélèvement sera envoyé **rapidement** par le professionnel qui l'aura réalisé.

La réalisation du prélèvement sera tracée dans le carnet de santé de votre enfant.



DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

En France, le dépistage auditif est **recommandé** par le Ministère de la Santé mais **n'est pas obligatoire**. Il est pris en charge à **100%** pour tous les **nouveaux-nés**.

Les **professionnels de santé** qui suivent votre grossesse et/ou votre nouveau-né sont à votre disposition pour vous informer et vous expliquer les **objectifs de ce dépistage**.

Des documents d'information sont également disponibles.

Le dépistage est organisé différemment selon les régions. Les documents d'information qui vous seront remis par les professionnels de santé, vous expliqueront l'intérêt du dépistage ainsi que les modalités de réalisation.

RÉALISATION DU DÉPISTAGE :

Ce test de dépistage sera réalisé dans les premiers mois de vie de l'enfant, au plus tôt à 36 h de vie, de préférence durant la 2ème semaine de vie.

Il est difficilement réalisable à domicile, car il nécessite un appareil spécifique dont, généralement, seuls les établissements de santé ou certains professionnels médicaux libéraux (pédiatres, ORL...) disposent.

En fonction de l'organisation régionale, la sage-femme vous proposera de faire réaliser ce test, soit :

- au sein d'une maternité partenaire
- auprès d'un pédiatre ou d'un ORL qui dispose du matériel
- directement au sein d'un Centre Expert Audition Enfant (CEAE)

Les résultats du test seront notés dans le carnet de santé et transmis à la coordination régionale en charge de ce dépistage.

Si vous refusez que l'un ou l'autre de ces dépistages soit réalisé :

Le professionnel de santé qui vous suit pourra recueillir par écrit votre refus du dépistage par l'intermédiaire d'un document officiel national spécifique au dépistage biologique et/ou celui proposé par la FFRSP pour la surdité.

Il inscrira que le test n'a pas été réalisé dans le carnet de santé de votre enfant.

