

DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE
DEMANDE D'EXAMEN PLACENTAIRE

Information du médecin

Nom de famille et prénom :

N° de permis :

Clinique / Bureau :

Adresse pour le retour des résultats :

Téléphone :

Copie à :

Signature du médecin : _____

Nom de la patiente :

Prénom de la patiente :

N° de dossier :

RAMQ :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de prélèvement :

Hôpital: Glen LaSalle Autre _____ Centre de naissance Salle d'op Soins intensifs Autre _____

Accouchement et renseignements cliniques :

Date d'accouchement : _____

Heure d'accouchement : _____

Âge gestationnel : _____

Parité : _____

Poids placentaire : _____

Poids du bébé : _____

Sexe du bébé : F / M

Jumeau / Triplet / _____

Renseignements cliniques additionnels :

La patiente a demandé la libération du placenta après l'examen de pathologie. (Une copie du "Consentement de libération de placenta" doit être attaché au dessus de la requête).

*Nom de l'infirmière : _____ *N° téléphone : _____

**Renseignements obligatoires pour la cueillette du placenta.*

INDICATIONS POUR L'ENVOI DES PLACENTAS AU DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE (cocher toutes les cases pertinentes)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen de pathologie non requis (disposer après 7 jours) | <input type="checkbox"/> Suspicion d'implantation placentaire anormale |
| <input type="checkbox"/> Prématurité < 35 semaines | <input type="checkbox"/> Décollement placentaire présumé |
| <input type="checkbox"/> Mort foetale/intrapartum et néonatale immédiate (cause inconnue) | <input type="checkbox"/> Vaisseaux foetaux membraneux (vélamenteux) |
| <input type="checkbox"/> Détresse foetale grave avec admission aux soins intensifs | <input type="checkbox"/> Anomalies du cordon (ex. noeud serré, insertion anormale, cordon court <35cm, cordon long >90 cm, cordon hyperspiralé >4/10 cm, hypospiralé <1/10 cm, circulaire serré). |
| <input type="checkbox"/> RCIU (poids à la naissance inférieur au 5ième percentile) | <input type="checkbox"/> Toxémie gravidique (pré-éclampsie) |
| <input type="checkbox"/> Hydrops foetal | <input type="checkbox"/> Hypertension maternelle, mal contrôlée |
| <input type="checkbox"/> Oligohydramnios/polyhydramnios sévère | <input type="checkbox"/> Thrombophilies maternelles, hémoglobinopathies, drépanocytose |
| <input type="checkbox"/> Anomalie foetale d'origine inconnue | <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel (non-contrôlé) |
| <input type="checkbox"/> Asphyxie périnatale présumée/détresse foetale/tracé anormal | <input type="checkbox"/> Collagénose maternelle |
| <input type="checkbox"/> Infection périnatale présumée/suspicion d'infection maternelle. | <input type="checkbox"/> Diagnostic récent d'un cancer maternel (éliminer métastase) |
| <input type="checkbox"/> Histoire d'intervention intra-utérine (spécifier: _____) | <input type="checkbox"/> Trauma maternel |
| <input type="checkbox"/> Rupture prolongée des membranes > 12 heures | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____ |
| <input type="checkbox"/> APGAR < 5 à 5 minutes | |

NOTE: Les placentas envoyés à la pathologie pour l'une des indications énumérées ci-dessus auront l'examen macroscopique et microscopique complet. Tous les autres placentas seront conservés au centre d'accouchement pendant une (1) semaine puis disposés.

NE PAS envoyer de placentas pour une maladie maternelle bien contrôlée, interruption de grossesse pour trisomie connue, choléstase, induction du travail, césarienne dans l'absence de problème maternel ou foetal, liquide amniotique teinté par méconium, placenta praevia, hémorragie post-partum, hyper/hypothyroïde maternelle, hépatite B/hépatite C/VIH /Streptocoque maternel du group B, ou artère ombilicale unique. N'envoyez pas de placenta pour grossesse multiple sans complication à moins que l'indication spécifique ou ligature des trompes/cicatrices (envoyez seulement trompes ou peau).

**PATHOLOGY DEPARTMENT
REQUEST FOR PLACENTAL EXAMINATION**

PHYSICIAN INFORMATION	
Physician First & Last Name:	Patient Name:
License Number:	MRN:
Clinic / Office:	RAMQ:
Address for return of results:	Address:
Phone #:	Date of Birth:
Copy to:	Gender:
Physician's Signature: _____	

Origin of Specimen:
Hospital: Glen LaSalle Other: _____ Birthing Center OR NICU Other _____

Delivery & Clinical Information: Date of Delivery: _____ Time of Delivery: _____ Gestational Age: _____ Parity: _____ Placental Weight: _____ Birth Weight: _____ Gender of Baby: F / M Twin / Triplet / _____	Additional Clinical Information: <input type="checkbox"/> Patient has requested release of placenta after pathology examination. (Copy of "Consent to Release Placenta" must be attached to the front of the requisition.) *Name of nurse: _____ * Telephone: _____ <i>* Required information for pick up of placenta</i>
---	--

INDICATIONS FOR SUBMISSION TO THE PATHOLOGY DEPARTMENT (check all boxes that are applicable)

<input type="checkbox"/> Pathology examination not required (discard after 7 days) <input type="checkbox"/> Prematurity < 35 weeks <input type="checkbox"/> Fetal/Intrapartum/Immediate Neonatal Death (cause unknown) <input type="checkbox"/> Severe fetal distress with admission to NICU <input type="checkbox"/> IUGR (birth weight below 5th percentile) <input type="checkbox"/> Fetal Hydrops <input type="checkbox"/> Severe oligohydramnios / polyhydramnios <input type="checkbox"/> Fetal anomaly of unknown origin <input type="checkbox"/> Suspected birth asphyxia / fetal distress / abnormal fetal tracing <input type="checkbox"/> Suspected perinatal infection/clinical signs of maternal infection <input type="checkbox"/> History of intrauterine intervention (specify: _____) <input type="checkbox"/> Prolonged rupture of membranes > 12 hours <input type="checkbox"/> 5 minute APGAR < 5	<input type="checkbox"/> Suspected abnormal placentation <input type="checkbox"/> Suspected placental abruption <input type="checkbox"/> Membranous fetal vessels (velamentous) <input type="checkbox"/> Umbilical Cord anomalies (e.g. tight true knot, abnormal insertion, short cord <35 cm at term, long >90 cm at term, hypercoiling >4/10 cm, hypocoiling <1/10cm, and tight nuchal cord) <input type="checkbox"/> PET (Pre-eclamptic Toxemia) <input type="checkbox"/> Maternal Hypertension, poorly controlled <input type="checkbox"/> Maternal thrombophilias, hemoglobinopathies, Sickle cell <input type="checkbox"/> Gestational Diabetes (uncontrolled) <input type="checkbox"/> Maternal Collagen Vascular Disease <input type="checkbox"/> Recent diagnosis of maternal cancer (r/o metastasis) <input type="checkbox"/> Maternal Trauma <input type="checkbox"/> Other, specify: _____
---	--

NOTE: Placentas sent to Pathology for one of the indications listed above will have full macro- and microscopic examination.
All other placentas will be retained in the Birthing Center for 1 week and then discarded.

Do **NOT** send placentas for *well-controlled* maternal disease, termination for known trisomy, cholestasis, induction of labor, C-section in absence of maternal or fetal concern, meconium stained amniotic fluid, placenta previa, post-partum hemorrhage, maternal hyper/hypothyroidism, maternal Hep B/Hep C/HIV/Group B Strep infection, or single umbilical artery. Do not send uncomplicated multigestational placenta unless specific indication or placenta for tubal ligation/scar (just send tubes/skin only).