



Département De Pathologie  
**TRIAGE OBSTETRIQUE PLACENTAIRE (PARTIE A) ET  
REQUETE POUR UNE EVALUATION PATHOLOGIQUE (PARTIE B)**

**Origine du Spécimen :**

- Hôpital  Glen  Autre: \_\_\_\_\_  
 Centre de naissance  OR  USIN  Autre : \_\_\_\_\_

INFORMATIONS DU MÉDECIN	INFORMATION CLINIQUE
*Nom et prénom :	*Accouchement: (AAAA/MM/JJ) (HH :mm)
*No. de permis :	*Age gestationnel : _____ Sem + _____/7j
*Clinique / Bureau :	*Parité : G P
*No. de Téléphone :	*Poids du bébé à la naissance :
*Signature : _____ Date : (AAAA/MM/JJ)	*Poids du placenta :
*Copie à :	*APGAR _____ <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplets

**PARTIE A: TRIAGE OBSTETRIQUE SEULEMENT** (utilisez la partie B si un examen de pathologie est requis)

AUCUN examen de pathologie n'est requis (*Envoyer la requête aux archives médicales. Le placenta sera retenu une (1) semaine et ensuite jeté*)

- Pas d'indication clinique ou pas d'anomalies macroscopiques (exemples):
- Pas d'infarctus évident/masses/hémorragie
  - Pas de décoloration / odeur nauséabonde
  - Insertion du cordon normale (pas vélamenteuse)
  - Forme normale et intacte
  - Pas de nœud serré/ surenroulement

**▶ PARTIE B : EXAMEN PATHOLOGIQUE PLACENTAIRE REQUIS—VÉRIFIER INDICATION(S) CI-DESSOUS (Envoyez en pathologie ◀**

**CAUSES MATERNELLES :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension maternelle (mal contrôlée)                               | <input type="checkbox"/> Toxémie gravidique, Pré-éclampsie                      |
| <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune maternelle  | <input type="checkbox"/> Thrombophilie maternelle/coagulopathie (mal contrôlée) |
| <input type="checkbox"/> Récent diagnostic de cancer maternel                                  | <input type="checkbox"/> Saignement excessif (>1000 ml)                         |
| <input type="checkbox"/> Polyhydramnios  | <input type="checkbox"/> Toxicomanie  |
| <input type="checkbox"/> Oligohydramnios sévère/amnion nodosum                                 | <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel (mal contrôlé)                    |
| <input type="checkbox"/> Infection périnatale présumée/signes cliniques d'infection maternelle |   |
| <input type="checkbox"/> Rupture prolongée des membranes > 24 heures ou odeur nauséabonde      |   |

**CAUSES FŒTALES :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mort fœtale/néonatale (cause inconnue)                                      | <input type="checkbox"/> Prématurité < 35 semaines                    |
| <input type="checkbox"/> Souffrance fœtale sévère & admission à l'USIN                               | <input type="checkbox"/> Convulsions, signes neurologiques            |
| <input type="checkbox"/> RCIU (poids à la naissance < 10ème centile)                                 | <input type="checkbox"/> Anasarque fœtal                              |
| <input type="checkbox"/> Jumeaux, discordance de poids à la naissance > 20%                          | <input type="checkbox"/> Perte d'un jumeau après le 1er trimestre     |
| <input type="checkbox"/> Interruption pour maladie génétique présumée (inconnue)                     | <input type="checkbox"/> Multigestation compliquée (spécifiez): _____ |
| <input type="checkbox"/> Présomption d'asphyxie de naissance / détresse fœtale / tracé fœtal anormal |   |

**CAUSES PLACENTAIRES :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Implantation placentaire anormale présumée (accreta ou autre)          | <input type="checkbox"/> Infarctus ou masse présumé(e)      |
| <input type="checkbox"/> Décollement placentaire présumé ou hématome rétroplacentaire           | <input type="checkbox"/> Vaisseaux membraneux (vasa previa) |
| <input type="checkbox"/> Vaisseaux anormaux / thrombosés  |   |
| <input type="checkbox"/> Œdème massif (môle hydatiforme ou dysplasie mésoenchymateuse présumée) |   |

**ANOMALIES DU CORDON OMBILICAL**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Véritable nœud serré         | <input type="checkbox"/> Sur-enroulement >3/10 cm              |
| <input type="checkbox"/> Cordon autour du cou serré   | <input type="checkbox"/> Insertion vélamenteux                 |
| <input type="checkbox"/> Cordon court < 32 cm à terme | <input type="checkbox"/> Sous-enroulement <1/10 cm             |
| <input type="checkbox"/> Cordon long > 90 cm à terme  | <input type="checkbox"/> Insertion anormale (spécifiez): _____ |

AUTRE : (spécifiez dans la boîte d'information clinique ci-dessous)

**INFORMATION CLINIQUE ADDITIONNELLE::**

**N'ENVOYEZ PAS DE PLACENTA** pour: multigestation non compliquée, grossesse post-terme, maladie maternelle bien contrôlée, interruption de grossesse pour maladie génétique connue (p. ex. caryotype anormal), artère ombilicale unique, hémorragie postpartum de cause connue, anémie maternelle, prurit gestationnel, cholestase, déclenchement du travail, césarienne, placenta praevia, hyper/hypothyroïdie maternelle, HepB/HepC/VIH/Streptococcus de Groupe B maternel/infection COVID-19, placenta pour la ligature des trompes/ excision de cicatrice (n'envoyez que la peau ou les trompes seulement), groupe sanguin Rh-maternel (sans anémie fœtale); Iso-immunisation (rhésus ou autre) ou âge maternel avancé, liquide méconial sans autre indication.

- Patiente souhaite récupérer le placenta après l'examen (Envoyer une copie de DM-6126, "Récupération d'un placenta" )

\*Infirmière \_\_\_\_\_ \* Téléphone: \_\_\_\_\_ \* À être contacté quand le placenta est prêt pour récupération.



**Pathology Department  
PLACENTAL OBSTETRICAL TRIAGE (PART A) AND  
REQUEST FOR PATHOLOGIC EVALUATION (PART B)**

**Origin of Specimen:**

- Hospital  Glen  Other: \_\_\_\_\_  
 Birthing Center  OR  NICU  Other \_\_\_\_\_

PHYSICIAN INFORMATION	CLINICAL INFORMATION
*Last & First Name:	*Delivery:(YYYY/MM/DD): (HH:mm):
*License No.:	*Gestational Age: _____ WKS + _____ /7d
*Institution:	*Parity: G _____ P _____
*Phone No.:	*Birthweight:
*Signature: _____ *Date (YYYY/MM/DD): _____	*Placental Weight (G):
*Copy to:	*APGAR _____ <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> Triplet

**PART A: OBSTETRICAL TRIAGE ONLY (use part B if pathology exam required)**

NO pathology exam required; (*Send requisition to medical records. Placenta will be retained 1 week in Birthing Center and then discarded*)

→ No evidence of significant clinical or gross anomaly (examples):

- No obvious infarcts/masses/hemorrhage
- No tight true knot / hypercoiling
- Normal cord insertion (no velamentous)
- Normal shape and intact
- No obvious discoloration / foul odor

**▶ PART B: PLACENTAL PATHOLOGIC EXAM REQUIRED—CHECK INDICATION(S) BELOW (Send to Pathology) ◀**

**MATERNAL CAUSES:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maternal Hypertension ( <u>poorly</u> controlled)      | <input type="checkbox"/> PET (Pre-eclamptic Toxemia)                                     |
| <input type="checkbox"/> Maternal autoimmune disease                            | <input type="checkbox"/> Maternal thrombophilia/coagulopathy (poorly controlled)         |
| <input type="checkbox"/> <u>Recent</u> diagnosis of maternal cancer             | <input type="checkbox"/> Suspected perinatal infection/clinical signs maternal infection |
| <input type="checkbox"/> Gestational Diabetes (uncontrolled)                    | <input type="checkbox"/> Excessive bleeding (>1000ml)                                    |
| <input type="checkbox"/> Prolonged rupture of membranes > 24 hours or foul odor | <input type="checkbox"/> Drug addiction  |
| <input type="checkbox"/> Severe oligohydramnios/amnion nodosum                  | <input type="checkbox"/> Polyhydramnios  |

**FETAL CAUSES:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fetal/Neonatal Death (cause unknown)                           | <input type="checkbox"/> Severe fetal distress & NICU admission                       |
| <input type="checkbox"/> Prematurity < 35 weeks   | <input type="checkbox"/> Convulsions, neurologic signs                                |
| <input type="checkbox"/> Suspected birth asphyxia fetal distress/abnormal fetal tracing | <input type="checkbox"/> IUGR (birth weight below 10th centile)                       |
| <input type="checkbox"/> Fetal Hydrops  | <input type="checkbox"/> Twin, weight discrepancy at birth > 20%                      |
| <input type="checkbox"/> Loss of one twin after 1st trimester                           | <input type="checkbox"/> Termination for suspected ( <u>unknown</u> ) genetic disease |
| <input type="checkbox"/> Complicated multigestation (specify)-: _____                   |   |

**PLACENTAL CAUSES:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suspected abnormal placentation (accreta or other) | <input type="checkbox"/> Suspected placental abruption or retroplacental hematoma |
| <input type="checkbox"/> Suspected infarction or mass                       | <input type="checkbox"/> Massive edema (suspected mole or mesenchymal dysplasia)  |
| <input type="checkbox"/> Abnormal/thrombosed vessels (fetal plate)          | <input type="checkbox"/> Membranous vessels (vasa previa)                         |

**UMBILICAL CORD ANOMALIES**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tight true knot           | <input type="checkbox"/> Hypercoiling >3/10 cm              |
| <input type="checkbox"/> Tight nuchal cord         | <input type="checkbox"/> Hypocoiling <1/10 cm               |
| <input type="checkbox"/> Short cord <32 cm at term | <input type="checkbox"/> Abnormal insertion (Specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Long cord >90 cm at term  | <input type="checkbox"/> Velamentous insertion              |

OTHER: (specify in clinical info. box below)

**ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION:**

**DO NOT SEND PLACENTA** for uncomplicated multigestational placenta, post-term/post date pregnancy, well-controlled maternal disease, termination for known genetic disease (e.g. abnormal karyotype), single umbilical artery, postpartum hemorrhage of known cause, maternal anemia, gestational pruritus, cholestasis, induction of labor, Caesarian section, placenta previa, maternal hyper/hypothyroidism, maternal HepB/HepC/HIV/Group B Strep/COVID19 infection, or placenta for tubal ligation/excision of scar (send skin or tube only), Rh-maternal blood group (without fetal anemia); Iso-immunization (rhesus or other), advanced maternal age, meconium without other clinical indication.

Patient wishes to retrieve placenta after exam (Attach copy of DM-6126, "Récupération d'un placenta")

\*Nurse \_\_\_\_\_ \* Telephone: \_\_\_\_\_ \* To be contacted when placenta ready for pick up