Ordonnance collective

TITRE :	A- 1.50 Prescription du dépistage prénatal de la trisomie 21 ou du Syndrome de Down		
NUMÉRO :	OC-CSSSM-INF 78		
PROTOCOLE OU RÈGLES D'UTILISATION EN RÉFÉRENCE :		**ENTRÉE EN VIGUEUR LE :**	**RÉVISION LE:**
PROFESSIONNELS AUTORISÉS :	Infirmières cliniciennes du guichet d'accès de la trajectoire de la femme enceinte des GMF qui aura suivi la formation en ligne dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21		
CLIENTÈLE VISÉE :	Femmes enceintes admissibles au guichet d'accès de la trajectoire de la femme enceinte ou au GMF au premier trimestre de la grossesse		
ACTIVITÉS RÉSERVÉES:	▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ▪ Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes		

1. INDICATIONS :

Femme enceinte pour laquelle on veut faire le dépistage prénatal de la trisomie 21 ou Syndrome de Down.

2. CONTRE-INDICATIONS :

Aucune

3. CONDITIONS D'INITIATION :

Obtenir un consentement libre et éclairé de la femme enceinte

4. INTENTIONS THÉRAPEUTIQUES :

Favoriser un dépistage rapide de cette pathologie.

5. LIMITES / RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

6. DIRECTIVES / RÉFÉRENCE AUX OUTILS CLINIQUES

Idéalement, le dépliant d'information concernant le programme doit être remis aux femmes enceintes juste avant la rencontre avec l'infirmière. Au besoin, l'infirmière doit être en mesure de :

- Fournir les informations sur la trisomie 21, le mode de dépistage;
- Expliquer les résultats possibles du test de dépistage et les limites du test;
- Discuter de l'option du test diagnostique et de ses implications;
- Expliquer que la participation au dépistage est sur une base volontaire;
- Aider la femme enceinte à prendre une décision à l'égard du dépistage prénatal de la trisomie 21 en tenant compte de ses croyances et valeurs ainsi que de ses objectifs personnels et familiaux.

Dans le cas ou la femme enceinte souhaite le dépistage de la trisomie 21, l'infirmière doit :

- Remplir ou compléter le formulaire de consentement au nom du médecin ou de la sage femme responsable du suivi de la grossesse et faire signer la femme enceinte;
- Organiser les modalités nécessaires au test de dépistage de la trisomie 21 et informer la femme enceinte de la procédure (deux prélèvements sanguins au 1er et au 2e trimestre; échographie de datation, clarté nucale, si disponible);
- Remettre à la femme enceinte le formulaire de consentement au dépistage de la trisomie 21 qu'elle aura à présenter lors de son rendez- vous en radiologie du CHUS. **Souligner l'importance qu'elle l'apporte avec elle sous peine d'être refusée.**

Dans le cas ou la femme enceinte ne souhaite pas le dépistage de la trisomie 21, l'infirmière doit :

- Cocher la case « Refus » figurant sur le formulaire (annexe 1);
- Inscrire ses initiales sur le formulaire à l'endroit prévu à cet effet;
- Suivre la procédure qui s'applique pour envoyer les consentements avec un refus à l'endroit désigné.

Le résultat du test de dépistage de la trisomie 21 sera transmis au professionnel de la santé responsable du suivi de la grossesse ou son remplaçant (médecin, sage femme, etc.) qui en assurera le suivi dans un court délai.

Le soutien aux professionnels est offert au 514-345-2132 ou par courriel au pqdpt21soutien@ssss.gouv.qc.ca

7. SOURCES :

Comité de coordination du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21

Formation en ligne : http://www.msss.gouv.qc.ca dépistage-prénatal/professionnels/formation

Formation pour les professionnels de la santé : http://www.msss.gouv.qc.ca/depistage-prenatal/professionnels

CHUS

8. PROCESSUS D'APPROBATION :

RÉDIGÉ PAR		
Équipe Multi – IUGS		
COLLABORATEURS		
Révision : Armelle Apter, Ph.	Chef du département de la pharmacie	
Nancy Lapointe,inf.		

APPROBATION PAR	NOM	SIGNATURE	DATE
Président du CMDP	Dr Yves Arcand		**2013-01-17**
Chef du département de pharmacie	Armelle Apter, Ph.		2013.05.01
Directrice de la DQSI	Lise St-Pierre		13-05-01
RÉVISION PAR	**NOM**	**SIGNATURE**	**DATE**
Président du CMDP	Dr Yves Arcand		
Chef du département de pharmacie	Armelle Apter, Ph.		
Directrice de la DQSI	Lise St-Pierre		

Santé et Services sociaux Québec

DT9183

Dépistage prénatal de la trisomie 21

☐ À cocher si le verso de chacune des copies a été tamponné par le professionnel.

Médecin traitant/Sage-femme/Infirmière praticienne		Adresse	
Ind. rég. N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur	Signature	N° de prescripteur

Informations cliniques

Date des dernières menstruations (DDM) ____ Année ____ Mois ____ Jour Date probable d'accouchement (DPA) ____ Année ____ Mois ____ Jour

Poids : _____ kg _____ lbs Diabète insulinodépendant? ☐ Non ☐ Oui (excluant diabète gestationnel)

Fécondation *in vitro* : ☐ Non ☐ Oui Si oui, date du transfert ____ Année ____ Mois ____ Jour

Est-ce un don d'ovules? ☐ Non ☐ Oui Si oui, âge de la donneuse : _____ ans

Anomalie chromosomique antérieure? ☐ Non ☐ Oui Si oui, ☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 13 ☐ Trisomie 18 Autre : _____

Informations échographiques (s'il y a lieu)

Est-ce une grossesse multiple? ☐ Non ☐ Oui ***Si oui, ne pas faire l'analyse biochimique.***

Date de l'échographie ____ Année ____ Mois ____ Jour LCC : _____ mm BPD : _____ mm

Clarté nucale : _____ mm (joindre le rapport d'échographie)

Nom de l'échographiste	Signature	Ind. rég. N° de téléphone	N° de pratique

Dépistage biochimique intégré, PARTIE 1 (10e-13e semaines)

Centre de prélèvements (nom et adresse)			
Signature du préleveur		Date du prélèvement	Année Mois Jour

Dépistage biochimique intégré, PARTIE 2 (14e-16e semaines)

Centre de prélèvements (nom et adresse)			
Signature du préleveur		Date du prélèvement	Année Mois Jour

CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE PRÉNATAL DE LA TRISOMIE 21

Test de dépistage et transmission de renseignements

En acceptant de participer au *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21*, j'autorise le professionnel de la santé chargé du suivi de ma grossesse à procéder au test de dépistage de la trisomie 21 et à transmettre le présent formulaire au laboratoire responsable de l'analyse (selon la région, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ou le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal).

J'autorise également la transmission des résultats de mon test de dépistage ainsi que l'information sur l'issue de ma grossesse provenant des laboratoires de cytogénétique du Québec et des systèmes de données MED-ÉCHO et I-CLSC (détails au verso).

Ces renseignements personnels seront conservés de manière confidentielle pendant deux ans dans une banque de données centralisée sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ils serviront à évaluer le programme de dépistage et à en assurer la qualité. Ils seront ensuite détruits. Seuls les renseignements non personnels ne permettant pas de m'identifier seront subséquemment conservés.

Participation volontaire

Je reconnais que les informations et les explications nécessaires à ma compréhension m'ont été données par le professionnel chargé du suivi de ma grossesse. Je reconnais également avoir lu et bien compris le dépliant d'information qui m'a été remis.

Je comprends que ma participation est facultative et que je peux refuser ou accepter le test de dépistage de la trisomie 21. Mon refus n'affectera pas les soins ni le soutien que je recevrai.

☐ **J'accepte** de participer au *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21.*

☐ Refus — Initiales du professionnel

Signature de la femme enceinte		Date	Année Mois Jour