

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom de la mère : _____

LISTE DE VÉRIFICATION – DEUIL PÉRINATAL

Type de perte ☐ Interruption involontaire de grossesse (499 g et moins) ☐ Mortinaissance (500 g et plus ou 20 semaines et plus) ☐ Décès néonatal (né vivant) Initiales : _____			Consultations ☐ Service social ☐ Services spirituels ☐ Autre(s), si applicable : _____ _____ Initiales : _____		
Soins et soutien aux parents	OUI	NON			
Pertes antérieures Si oui, expliquez : _____ _____ Grossesse désirée _____ Initiales : _____	☐	☐	Disposition du corps ☐ Options pour la disposition du corps expliquées aux parents ☐ Choix des parents inscrits sur Autorisation de sortie de corps et signé (1 parent) Initiales : _____		
Peau à peau Participation des parents aux soins Étapes du deuil expliquées aux parents Émotions exprimées par les parents/famille Particularités : _____ Parents accompagnés à annoncer leur perte Initiales : _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Planification du congé ☐ Prochain rendez-vous post-partum ☐ Avis de continuité + liste de vérification « Deuil périnatal » faxés au CLSC Initiales : _____		
Coffret souvenir remis aux parents : (Empreintes, mèche cheveux ou autre objet) Livrets remis aux parents Livret remis à la fratrie (si applicable) Parents informés des ressources communautaires Photos prises ☐ Photographe professionnel ☐ Hôpital + consentement des parents Initiales : _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Bulletins ☐ 499 g et moins : aucun bulletin ☐ Mortinaissance : bulletin SP-4 signé (1 parent) ☐ Décès néonatal : bulletin SP-1 signé (1 parent) et bulletin SP-3 Initiales : _____		
Autopsie ☐ Autorisation autopsie signé (1 parent) ☐ Fœtus/bébé et placenta à la morgue ☐ Autorisation de sortie de corps signé (1 parent) ☐ Photocopie du dossier transmis à accueil ☐ Photocopie Autorisation de sortie de corps au laboratoire Initiales : _____			Pas d'autopsie ☐ Fœtus/bébé et placenta au laboratoire de pathologie ☐ Autorisation de sortie de corps signé (1 parent) sauf dilatation/extraction Initiales : _____		
INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj