



MOCLI60672

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

DEMANDE ET CONSENTEMENT À LA REMISE DU PLACENTA

DEMANDE DE REMISE DU PLACENTA

De façon générale, les placentas sont des déchets anatomiques humains qui, selon les exigences du *Règlement sur les déchets biomédicaux* (RLRQ, chapitre Q-2, r. 12), doivent être incinérés. Cependant, selon les termes de la circulaire codifiée 01.01.41.05 (2017-024) du Ministère de la Santé et des services sociaux lorsqu'un placenta est réclamé par un parent à la naissance de l'enfant, il n'est plus considéré comme un déchet biomédical et n'est plus soumis aux exigences du Règlement. Pour l'application du présent formulaire, l'expression « mère de l'enfant » signifie la personne qui donne naissance à l'enfant.

SECTION RÉSERVÉE À LA MÈRE DE L'ENFANT

Par la présente, je soussignée _____, souhaite récupérer le placenta après l'accouchement.

☐ _____ (initiales) Je comprends et je reconnais avoir été informée de ce qui suit :

- Je bénéficie d'un délai maximal de 7 jours après l'accouchement pour faire la demande de remise du placenta, à défaut de quoi, le placenta sera disposé;
- Selon une recommandation émise par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (ci-après l'« INESSS »), tout placenta doit être conservé pendant 7 jours au lieu de l'accouchement afin de surveiller les indications cliniques maternelles, fœtales ou placentaires nécessitant un envoi au laboratoire d'anatomopathologie pour examen;
- Le placenta pourra être remis à un des parents sans attendre l'expiration de la période de 7 jours de conservation recommandée par l'INESSS si aucune indication clinique maternelle, fœtale ou placentaire ne nécessite un envoi au laboratoire d'anatomopathologie pour examen et que la mère de l'enfant signe le présent formulaire;
- Un placenta d'aspect anormal à l'accouchement sera obligatoirement transmis au laboratoire d'anatomopathologie pour examen, ce qui entraînera des délais avant qu'il soit remis à la mère ou au parent de l'enfant;
- Lorsque le placenta nécessite un envoi au laboratoire d'anatomopathologie pour examen, il sera remis à la mère ou au parent de l'enfant après que l'examen ait été effectué et que le rapport soit final;
- Le placenta peut ne pas être remis dans certaines situations, notamment si vous êtes porteuse d'une infection telle que l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH, la tuberculose ou tout autre pathogène pouvant poser un risque à votre santé ou à celle de votre entourage en lien avec la manipulation du placenta;
- Le placenta peut être contaminé par des agents infectieux malgré le fait qu'il soit remis à la mère ou au parent de l'enfant. L'ingestion du placenta est fortement déconseillée puisqu'il n'est pas manipulé dans des conditions permettant d'en assurer la salubrité alimentaire.

☐ Je comprends que l'ingestion du placenta est fortement déconseillée et j'assume l'entière responsabilité de tout préjudice à moi-même ou à un tiers pouvant résulter de l'ingestion du placenta par moi-même ou un tiers. _____ (initiales)

☐ Je décharge le CISSS de la Montérégie-Centre et/ou le CISSS de la Montérégie-Est et/ou le CISSS de la Montérégie-Ouest de toute responsabilité associée à un préjudice qui pourrait résulter de la remise du placenta. _____ (initiales)

☐ (À compléter seulement lors de refus) Je refuse de laisser mon placenta pendant 7 jours au lieu de mon accouchement, ce qui pourrait permettre d'identifier des anomalies cliniques ou néonatales nécessitant un envoi au laboratoire d'anatomopathologie pour examen. Les risques inhérents à cette décision m'ont été expliqués, je les comprends bien et j'assume tous les risques inhérents à cette décision. _____ (initiales)

En foi de quoi je signe le _____ à _____
Date (aaaa/mm/jj) Heure (h:min)

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Lieu de l'accouchement : _____		Téléphone : _____	
Nom de la mère (<i>en lettres moulées</i>) : _____			
Signature de la mère : _____			
☐ Je certifie être la mère de l'enfant.			
☐ J'accepte que l'autre parent vienne récupérer mon placenta.			
Nom du parent qui récupérera le placenta (<i>en lettres moulées</i>) : _____			
SECTION RÉSERVÉE AU PROFESSIONNEL			
J'ai discuté des conditions et des précautions de sécurité détaillées ci-dessus avec la mère de l'enfant et elle a exprimé sa compréhension de ces conditions.			
_____	_____	_____	_____
Nom du professionnel (<i>en lettres moulées</i>)	Titre	Signature	N° de permis (<i>si applicable</i>)
			Date (<i>aaaa/mm/jj</i>)

CONDITIONS À LA REMISE DU PLACENTA			
SECTION RÉSERVÉE AU PARENT DE L'ENFANT À QUI LE PLACENTA EST REMIS			
☐ _____ (<i>initiales</i>) Je m'engage à respecter les conditions suivantes à la remise du placenta :			
• Manipuler le placenta avec des gants imperméables; • Me laver les mains avec du savon et de l'eau après l'avoir manipulé; • Prendre toutes les mesures pour éviter un dommage à l'environnement ou une quelconque nuisance, par exemple s'assurer que des enfants ou des animaux ne puissent y avoir accès; • Ne pas vendre le placenta, le céder ou effectuer toute autre transaction dont il serait l'objet; • Disposer du placenta d'une manière conforme aux règles municipales et provinciales applicables, notamment quant au lieu et à la profondeur de l'enfouissement du placenta.			
☐ _____ (<i>initiales</i>) Je reconnais assumer tous les risques inhérents à ma décision de prendre possession du placenta et à l'usage qui en sera fait. Je comprends que le gynécologue-obstétricien, le médecin, l'infirmière de la maternité / sage-femme(s) et le personnel de la Montérégie se déchargent de toute responsabilité liée à l'utilisation ultérieure qui sera faite du placenta. Je renonce ainsi à toute poursuite ou réclamation contre le CISSS de la Montérégie-Centre et/ou le CISSS de la Montérégie-Est et/ou le CISSS de la Montérégie-Ouest, les membres de son personnel et les médecins qui exercent leur profession pour tout dommage qui pourrait en résulter.			
☐ _____ (<i>initiales</i>) Je m'engage à tenir indemne le CISSS de la Montérégie-Centre et/ou le CISSS de la Montérégie-Est et/ou le CISSS de la Montérégie-Ouest de toute poursuite d'un tiers découlant de la remise du placenta et à l'usage qui sera fait ultérieurement.			
SIGNATURE DU PARENT DE L'ENFANT			
_____	_____	_____	_____
Nom du parent (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Date (<i>aaaa/mm/jj</i>)	Heure (<i>h:min</i>)
☐ Je certifie être un des parents de l'enfant.			
SECTION RÉSERVÉE AU PROFESSIONNEL			
J'ai discuté des conditions et des précautions de sécurité détaillées ci-dessus avec le parent de l'enfant et il/elle a exprimé sa compréhension de ces conditions.			
_____	_____	_____	_____
Nom du professionnel (<i>en lettres moulées</i>)	Titre	Signature	N° de permis (<i>si applicable</i>)
			Date (<i>aaaa/mm/jj</i>)
Circulaire 01.01.41.05 du ministère de santé et des services sociaux en date du 2017-07-13 au sujet de la disposition des placentas à la suite d'un accouchement. G26 (rtss.qc.ca)			