

Dépistage : Bébés en santé, enfants en santé

Nom de la mère :	Nom du nourrisson ou de l'enfant :
Nom de jeune fille de la mère :	Date et heure de naissance/date prévue de l'accouchement (aaaa mm jj) :
Date de naissance de la mère : (aaaa mm jj)	Téléphone : Téléphone (autre) :
Nom du père ou du conjoint :	Adresse électronique :
Adresse complète :	Langue préférée :

Stade de dépistage : Prénatal Postnatal Petite enfance (plus de six semaines)

Sexe :	Naissances antérieures :	Grossesses antérieures :	Apgar 1 min :	Apgar 5 min :
Poids à la naissance :	Type de naissance :	Allaitement :		
	<input type="checkbox"/> Voie naturelle <input type="checkbox"/> Césarienne	<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Formule <input type="checkbox"/> Les deux		
Poids au congé :	Durée de la grossesse :	Date de congé de la mère :	Date de congé du bébé :	
Recommandation (au besoin) :				
<input type="checkbox"/> Services de protection de l'enfance <input type="checkbox"/> Consultante en allaitement/soutien à l'allaitement maternel <input type="checkbox"/> Programme « Bébés en santé, enfants en santé » à l'intention des Autochtones <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :				

Raison de l'absence de réponse : A Évaluation supplémentaire requise, B Refus de répondre, C Évaluation impossible

Section A : Grossesse et accouchement

	Oui / non	Raison de l'absence de réponse
1) Naissance multiple?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*2) Naissance prématurée? (moins de 37 semaines)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*3) Le poids à la naissance était-il inférieur à 1500 g?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*4) Le poids à la naissance était-il supérieur à 4000 g?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*5) Indice d'Apgar inférieur à 5 après 5 minutes de vie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
6) Conditions ou complications médicales durant la grossesse ayant des répercussions sur le nourrisson? <i>p.ex., le diabète</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i>
*7) Complications durant le travail ou l'accouchement? <i>p.ex. césarienne d'urgence, traumatisme ou maladie du nourrisson (p.ex. syndrome de détresse respiratoire), accouchement vaginal difficile exigeant l'utilisation de forceps ou d'une ventouse, ou césarienne planifiée en raison de complications</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i>
8) Consommation par la mère de cigarettes durant la grossesse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
9) Consommation par la mère de plus de 100 cigarettes (5 paquets) à vie avant la grossesse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
10) Consommation d'alcool par la mère durant la grossesse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
11) Consommation de drogue ou de médicaments par la mère durant la grossesse? <i>Inclure des renseignements sur les drogues et les médicaments d'ordonnance qui ont une incidence sur les activités quotidiennes ou qui sont tératogènes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i>
12) Absence de soins prénataux avant le sixième mois?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Section B : Famille

Mère

13) Mère âgée de moins de 18 ans?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
14) Mère âgée de moins de 18 ans à la naissance du premier enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
15) Mère ayant déjà perdu un enfant? (grossesse ou bébé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
16) Mère monoparentale?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
17) Mère et/ou enfant N'A PAS accès à un prestataire de soins primaires attiré?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
18) Mère N'A PAS de numéro d'assurance-santé de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
19) Mère N'A PAS terminé ses études secondaires?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Bébé / enfant

20) Maladie congénitale ou acquise? <i>Veillez en préciser la nature :</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*21) Séparation du nourrisson et de la mère pendant plus de cinq jours? <i>Veillez en préciser la raison :</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Père / conjoint / personne de soutien

22) Le père, le conjoint ou la personne de soutien NE PARTICIPE PAS à la prestation de soins au bébé ou à l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
--	---	--

Section C : Rôle parental

	Oui / non	Raison de l'absence de réponse
23) La cliente ne peut nommer une personne pouvant l'aider dans le parentage du bébé ou de l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
24) La cliente ne peut nommer une personne pouvant l'aider dans les soins au bébé ou à l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
25) La cliente ou la famille ont besoin de soutien en tant que nouveaux arrivants?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
26) La cliente s'inquiète de ne pas avoir suffisamment d'argent pour payer le logement ainsi que la nourriture et les vêtements pour la famille, les services publics et les besoins de base?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
27) La cliente ou le partenaire de parentage a des antécédents de dépression, d'anxiété ou d'autre maladie mentale?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
28) La cliente ou le partenaire de parentage a un handicap pouvant l'empêcher de s'acquitter de ses responsabilités?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
29) La cliente exprime des inquiétudes sur sa capacité dans le parentage du bébé ou de l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
30) La cliente exprime des inquiétudes sur sa capacité de prendre soin du bébé ou de l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
31) La relation de la cliente avec le partenaire de parentage est tendue? (signes de tension observés)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
32) La cliente ou le partenaire de parentage de l'enfant a été impliqué(e) avec les services de protection de l'enfance à titre de parent?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*33) La cliente laisse entendre que le bébé ou l'enfant est difficile?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
*34) Les réactions de la cliente sont incohérentes ou inadéquates face aux messages envoyés par le bébé ou l'enfant? (signes de réaction inadéquate observés)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Section D : Développement du bébé ou de l'enfant

*35) Le ou les parents ont noté un facteur de risque? <i>p. ex. : ouïe, parole et langage, aptitude à la communication, développement social, affectif et cognitif, comportement, habileté motrice, vision, débrouillardise</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i>
--	---	---

Section E : Observations du professionnel de la santé

36) Le professionnel de la santé a-t-il des inquiétudes à l'égard du bien-être de la cliente, du bébé ou de l'enfant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
---	---	--

Commentaires :

La cliente accepte de divulguer ses renseignements personnels et ses renseignements personnels de santé, et accepte de participer au programme « Bébés en santé, enfants en santé »?	Oui / non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--

Signature du professionnel de la santé ayant effectué le dépistage avec la cliente :

_____ Date : _____

Nom (en majuscules) : _____

Titre : Infirmière autorisée Infirmière praticienne Sage-femme Médecin

Autre (précisez) _____

Dépistage : Bébés en santé, enfants en santé

Instructions, définitions, renseignements complémentaires pour les fournisseurs de soins de santé

Évaluation régulière des familles

Les fournisseurs de soins de santé sont les mieux placés pour avoir une incidence positive sur le développement des enfants en raison de leur contact régulier avec les patients et leur famille. Les évaluations doivent être transmises au programme « Bébés en santé, enfants en santé » du service de santé publique régional pour que les familles reçoivent le soutien et les services dont elles ont besoin. Cette évaluation vise à cerner les familles présentant un risque et qui pourraient bénéficier du programme à domicile « Bébés en santé, enfants en santé » pendant les périodes prénatale et postnatale et la petite enfance.

Instructions

N'inscrivez rien dans le champ SISIE – Numéro d'identification de la famille. Ce numéro sera inscrit par le bureau de santé publique.

Veillez indiquer UNE SEULE réponse par question. S'il est impossible de répondre par « oui » ou par « non », veuillez indiquer la raison de l'absence de réponse dans la colonne de droite.

Raison de l'absence de réponse : **A** indique que la personne qui remplit le questionnaire a des inquiétudes ou soupçonne un risque, mais a besoin de plus amples renseignements pour s'assurer que le risque est bien réel. **B** indique que la cliente a refusé de répondre à la question. **C** indique qu'il a été impossible d'évaluer la situation ou de poser la question à la cliente (p. ex., parce que la cliente était bouleversée ou qu'il a été impossible de discuter avec elle en privé).

Pour toutes les questions, la réponse « oui » indique un risque. Certains éléments ayant été inversés (questions 17, 18, 19 et 22), la réponse « oui » indique alors un risque (par exemple, « Mère N'A PAS de numéro d'assurance-santé de l'Ontario? »). Plus il y a de réponses « oui », plus la famille est à risque.

Cette évaluation, qui fait partie du programme « Bébés en santé, enfants en santé », doit être faite pendant les périodes prénatale, postnatale et la petite enfance.

Évaluation prénatale :

- De la conception à la naissance du nourrisson.
- *Ne pas répondre aux questions 2, 3, 4, 5, 7, 21, 33, 34 et 35. Ces questions **NE** s'appliquent **PAS** à l'évaluation prénatale, **IL NE FAUT PAS Y RÉPONDRE**.

Évaluation postnatale :

- De la naissance du nourrisson à l'âge de six semaines. En cas de naissances multiples, une évaluation est effectuée pour chaque nourrisson.
- Répondre à toutes les questions.

Évaluation pendant la petite enfance :

- À partir de l'âge de six semaines. Une évaluation est effectuée pour chaque nourrisson ou enfant.
- Répondre à toutes les questions.

Suggestion d'une façon de présenter l'évaluation

« Dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé », toutes les familles de l'Ontario peuvent parler à quelqu'un pour discuter de la manière dont elles se sentent [insérer : pendant la grossesse, après la naissance d'un bébé, ou pendant la petite enfance de leur enfant].

J'aimerais prendre le temps de discuter de votre famille, du soutien que vous recevez et des difficultés auxquelles vous faites face. Nous recueillons les mêmes renseignements auprès de toutes les familles à ce stade (grossesse, après la naissance, pendant la petite enfance) et utilisons ces renseignements pour aider les familles à obtenir les services dont elles pourraient avoir besoin.

Si vous n'êtes pas à l'aise de discuter avec moi d'un sujet particulier, dites-le-moi, et nous passerons à un autre sujet. Si vous avez des questions ou des inquiétudes pendant notre discussion, n'hésitez pas à m'en faire part. Si vous et votre famille avez besoin de soutien supplémentaire, une infirmière en santé publique communiquera avec vous pour vous parler des services dont vous pourriez bénéficier. »

Renseignements complémentaires sur certaines questions

Toutes les questions s'appuient sur des données probantes et permettent de cerner les risques potentiels. De la documentation est fournie sur demande.

Voici des renseignements complémentaires pour répondre à certaines questions.

Section A : Grossesse et accouchement (questions 1 à 12)

- Poser la question même si les résultats sont fournis.
- Conditions ou complications médicales durant la grossesse ayant des répercussions sur le nourrisson. Comprend le diabète, l'éclampsie, l'herpès congénital, la rubéole, le VIH, l'hépatite B, l'hématome rétroplacentaire.
- Complications durant le travail ou l'accouchement
Comprend l'utilisation de forceps à la partie moyenne pendant l'accouchement, l'accouchement par le siège, la césarienne d'urgence ou la césarienne planifiée en raison de complications. Les traumatismes ou la détresse du nourrisson comprennent le syndrome de détresse respiratoire et les convulsions.
- Les données démontrent que 100 cigarettes est le seuil de développement d'une dépendance à la nicotine.
- Demandez à toutes les mères combien d'alcool elles ont consommé au cours de la grossesse. Le fait de discuter de la consommation d'alcool et du développement du fœtus avec toutes les femmes dépersonnalise la discussion et ajoute une notion de réduction des préjudices à la prévention.
- Consommation de drogue ou de médicaments par la mère durant la grossesse
Comprend l'utilisation de drogue pendant la grossesse et de médicaments d'ordonnance qui ont une incidence sur les activités quotidiennes ou qui sont tératogènes. Ne comprend pas les médicaments d'ordonnance non tératogènes ni les médicaments en vente libre pris en petite quantité.

Section B : Famille (questions 13 à 22)

- Comprend une perte antérieure à toute étape de la grossesse et à tout âge, y compris la perte d'un jumeau, l'accouchement d'un enfant mort-né, une fausse couche et un avortement en raison de complications.
- Comprend une maladie congénitale ou acquise confirmée présentant un risque d'invalidité permanente (*femme non mariée, séparée, veuve, divorcée ou vivant avec un conjoint en union libre depuis moins d'un an*).
- Comprend une maladie congénitale ou acquise confirmée présentant un risque d'invalidité permanente p. ex., la perte de la vue ou de l'ouïe, le syndrome de Down ou l'asphyxie à la naissance). Si l'existence d'une maladie est soupçonnée, répondre « A ».
- Comprend les mères envoyées à la maison alors que leur bébé est encore hospitalisé (s'applique à la période postnatale).
- La question porte sur la personne que la mère déclare être le fournisseur de soins secondaire du bébé ou de l'enfant actuel. Il peut s'agir du père biologique, du petit ami, de la grand-mère ou d'un ami.

Section C : Rôle parental (questions 23 à 34)

- 23 et 24) On entend par « parentage » le fait de répondre aux besoins affectifs et sociaux du bébé ou de l'enfant (p. ex., le réconforter, répondre à ses besoins avec tendresse et sensibilité, être disponible affectivement et physiquement, et communiquer de façon appropriée avec lui). On entend par « soins » le fait de répondre aux besoins physiques de base de l'enfant (par exemple, le nourrir, le laver et changer sa couche).
- Une mère qui vit au Canada depuis moins de cinq ans et qui reçoit un soutien social insuffisant ou se sent en marge de la société (on entend par « nouvel arrivant » une personne qui n'a jamais vécu au Canada).
- Comprend la dépression, l'anxiété ou les troubles affectifs passés et actuels, et si la mère OU le père OU le partenaire dans l'éducation mentionne avoir des antécédents de maladie mentale.
- Comprend les difficultés mentales ou physiques de la mère OU du père OU du partenaire de parentage.
- 29 & 30) On entend par « parentage » le fait de répondre aux besoins affectifs et sociaux du bébé ou de l'enfant (p. ex., le réconforter, répondre à ses besoins avec tendresse et sensibilité, être disponible affectivement et physiquement, et communiquer de façon appropriée avec lui). On entend par « soins » le fait de répondre aux besoins physiques de base de l'enfant (par exemple, le nourrir, le laver et changer sa couche).
- Comprend une tension ou un conflit entre les deux parents (p. ex., une séparation, des disputes fréquentes, la violence physique, verbale, affective ou sexuelle à domicile). Ceci pourrait être défini d'une façon générale par observation directe ou par les dires de la cliente. *Veillez noter que les questions relatives au comportement violent du partenaire ne doivent pas être posées en présence de celui-ci.*
- Comprend le fait que la famille ait affaire ou ait eu affaire aux services de protection de l'enfance. Ne comprend pas le fait que la cliente ou le partenaire de parentage ait eu affaire aux services de protection de l'enfance pendant leur enfance.
- Évaluer la perception de la cliente du comportement du bébé ou de l'enfant (p. ex., l'enfant fait des crises de colère, pleure beaucoup ou mord).
- Comprend une réponse inappropriée ou un manque de réaction lorsque le bébé ou l'enfant a besoin de réconfort, un manque de contact visuel ou un manque de contact physique. Ceci pourrait être défini d'une façon générale par observation directe ou par les dires de la cliente.

Section D : Développement du bébé ou de l'enfant

- La réponse doit porter sur un problème de développement soulevé spécifiquement par le parent. Ne pas inclure les questions ni les inquiétudes des parents sur les soins normaux dispensés à un nouveau-né ou à un enfant. Le développement comprend la vue, l'ouïe, l'aptitude à la communication, les mouvements globaux et la motricité fine, le développement cognitif, social ou affectif et la débrouillardise. Les inquiétudes des parents peuvent être cernées grâce au test Nipissing District Developmental Screen® (NDDS®), qui aide les parents et les fournisseurs de soins à suivre le développement d'un enfant. Pour en savoir davantage sur ce test, consulter le site www.ndds.ca.

Section E : Observations du professionnel de la santé (question 36)

- Les observations du professionnel de la santé comprennent les observations sur la cliente et la famille.

Consentement :

La case de consentement permet d'attester que le prestataire de services de santé s'est assuré que le consentement nécessaire avait été obtenu (conformément à la LPRPS). Le consentement fourni par la cliente englobe le consentement à divulguer ses renseignements personnels et ses renseignements personnels de santé et à participer au programme « Bébés en santé, enfants en santé ». Si la cliente désire interrompre sa participation, il suffit de rayer cette partie du consentement.

Signature :

Le formulaire doit être rempli et signé par la personne ayant obtenu le consentement de la mère. Si des renseignements complémentaires sont fournis par un autre professionnel, celui-ci doit inscrire ses initiales, sa signature ainsi que son titre sur le formulaire de dépistage et apposer ses initiales à côté de chaque réponse recueillie.