

PEDIATRIE

**PRISE EN CHARGE DES MORTS
INATTENDUES DU NOURRISSON (MIN)**



REDACTION : A-P. Michard Lenoir

MAJ du 28/09/2018

VALIDATION : Bureau de pédiatrie et commission scientifique du RENA.U.

Mort Inattendu d'un Nourrisson =
Décès survenant brutalement chez un enfant de moins de 2 ans alors
que rien dans ses ATCD ne pouvait le laisser prévoir

Sur le lieu du décès

- **Mort suspecte**
(Signes évocateurs de maltraitance)
- **Et/Ou refus de transport**

1. Remplir certificat avec OML
2. Contacter les autorités judiciaires sur place
3. Informer le centre de référence par mail :
 - CRMIN@chu-grenoble.fr
 - apmichardlenoir@chu-grenoble.fr

Autres cas :

1. Ne pas remplir le certificat de décès
2. Compléter fiche recueil MIN*
3. Contact téléphonique pédiatre de garde du CR MIN (cf infra)
4. Transport urgent sur le centre de référence**
5. Proposer aux parents d'accompagner
6. Penser à demander et ramener le carnet de santé

- **Bien prévenir les parents en cas de jumeau ou triplé, qu'il sera nécessaire que le jumeau ou les triplés en vie soi(en)t investigué(s) et surveillé(s) en milieu hospitalier (cela peut se faire dans un centre hospitalier de leur département d'origine).**

- **Centre de référence RENA.U. :**

Hôpital couple en enfant – CHU Grenoble Alpes – (accueil au niveau des urgences pédiatriques)
Pédiatre de garde à contacter directement au 04 76 76 81 99
ou service des urgences pédiatriques : 04 76 76 55 01 (service UHCD)
Pédiatre référent : Dr AP MICHARD-LENOIR (04 76 76 75 75 poste 24831)
Secrétariat : 04 76 76 59 88

* Remplir la fiche qui doit être à disposition dans tous les véhicules de SMUR. Cette fiche servira à compléter le recueil national obligatoire.

** Selon l'organisation départementale validée (transport médicalisé ou ambulance privée) après régulation.

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SEXE : M F

Date de naissance : jj mm aaaa

Téléphone des parents :

Téléphone de la personne qui a trouvé l'enfant (si différent) :

Nom de la personne qui remplit cette fiche : _____ Date : _____

Qualité de la personne : médecin de SMUR médecin pompier (SDIS) médecin de garde autre médecin

Préciser.....

Département : année

Age en mois (> 3mois) : ou Age en jour (< 3 mois)

Mois : Heure d'appel : h mn Heure d'arrivée sur place de l'équipe médicale h mn

Quel secours la personne qui a découvert l'enfant a-t-elle appelé ? 15 18 17 autre préciser.....

EXAMEN A L'ARRIVEE DES SECOURS

Description lors de la découverte de l'enfant : heure h mn Par qui ?..... (préciser lien avec enfant)

Respiration : absente gasp présente

Cœur : arrêt oui non NSP

Coloration de l'enfant : pâleur cyanose grise marbrures ictérique

Gestes de réanimation avant l'arrivée de l'équipe médicale : oui non NSP

Si oui : durée mn

Quels gestes : bouche à bouche MCE secousses

Réponse de l'enfant : éveil éveil puis réendormissement somnolence pas de réaction

Vomissements de l'enfant : oui non

Description à l'arrivée de l'équipe d'intervention

Respiration : absente gasp présente

Cœur : arrêt oui non NSP si non : Fréquence cardiaque : /mn ...

Coloration de l'enfant : pâleur cyanose grise marbrures ictérique

Température rectale : °C Heure : h mn

Lividités : non oui Si oui : localisation : _____

Rigidité : non oui Si oui : mâchoire membres

Hypotonie : non oui

Déshydratation : non oui Si oui : pli cutané enfoncement des yeux

Signes de malnutrition : maigre/anormale

Hygiène de l'enfant : normale anormale préciser.....

Éruption : non oui Si oui : Purpura

où..... Érythème

où..... Vésicules

où.....

Sueurs : non oui

Rejets : non oui Si oui : aliments sang sérosité

Où : nez bouche vêtements

drap

Ecchymose(s) ou traumatisme(s) : non oui Si oui, préciser où :

Fontanelles : ouvertes oui non

Cicatrices : non oui : localisation.....

PRISE en CHARGE sur LE LIEU du DECES

Gestes effectués par

Parents / grands-parents / garde d'enfant / assistante maternelle / personnel de crèche / témoins MCE

Pompiers MCE ventilation au masque Heure de début h mn

Ambulanciers MCE ventilation au masque Heure de début h mn

Médecin (préciser SAMU/SMUR, Médecin traitant, médecin garde, médecin service urgences, MCS, autre) oui non

Heure de début h mn Heure de fin h mn

MCE ventilation au masque intubation : VIO :

Si intubation : état des voies aériennes à l'intubation : libres : oui non si non : préciser.....

Médicaments administrés et voie administration :

..... intratrachéale IV intra-osseuse

..... intratrachéale IV intra-osseuse

..... intratrachéale IV intra-osseuse

Reprise d'une activité cardiaque : oui non

Survenue de vomissements : oui non

COORDONNEES de l'EQUIPE MEDICALE :

ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT AVANT SON DÉCÈS

Lieu du décès : domicile crèche assistante maternelle extérieur autre
(préciser) :

L'enfant dormait-il avec quelqu'un lorsqu'il a été trouvé ? non oui dans la pièce oui dans le même lit
si oui : avec qui ?..... prise de médicaments ou autres (alcool, toxiques...) :

Environnement de la pièce (tabac, autres) :

Position de sommeil

- dans laquelle il a été couché : sur le dos sur le ventre sur le côté assis NSP

- dans laquelle il a été trouvé : sur le dos sur le ventre sur le côté assis NSP

Position de la tête : face contre le matelas face tournée sur le côté face libre

Type de couchage où l'enfant a été trouvé :

lit à barreaux lit parapluie berceau couffin siège coque transat

lit adulte canapé fauteuil poussette landau autre

écharpe

Caractéristiques du matelas ferme mou

Ecartements barreaux lits si lit à barreaux =

Matelas surajouté si lit parapluie

Objets dans le couchage se trouvant près de la figure, nez ou bouche de l'enfant :

Oreiller(s) : oui non NSP

Couverture oui non NSP

Couette : oui non NSP

Peluches oui non NSP

Tour de lit oui non NSP

Coussins de positionnement : oui non NSP

Autre oui non NSP

Tête recouverte par couverture, couette ou autre oui non NSP

L'enfant était-il coincé oui non NSP

Photos oui non

Schéma.....

Température ambiante : mesurée en °C (thermomètre d'ambiance)

Évaluée : chaude (> 25°) froide (< 15°) normale

Habillage : décrire :

Possibilité d'une intoxication : CO fumées médicaments autre

Heure du dernier repas :

Composition : Quantité :

Heure du couchage : h mn Heure du dernier contact vivant (vu ou entendu) : h mn

L'enfant avait-il une tétine quand il a été couché ? oui non NSP