Nom de la maternité ……..
Personne responsable du remplissage …….
N° téléphone direct …….

Etude sur l'utilisation de l'oxytocine au cours de travail

Accouchement ≥ 37 SA, singleton, céphalique, sans déclenchement ni maturation, sans pathologie obstétricale avec utilisation d'oxytocine Syntocinon® per partum

FICHE ACCOUCHEMENT

*Nb : celui qui remplit la fiche ne doit noter **QUE** ce qui est tracé dans le dossier (pas de « suppositions »)*

Age de la mère /___/___/

Grossesse actuelle

DDG /___/___/_____/ Parité |__| (0 pour nullipare) Gestité |__|__|

Poids en début de grossesse |__|__| kg Taille de la mère |__|__|__| cm ou à défaut BMI |__|__|

Admission à la maternité (si différent de l'admission en salle d'accouchement)

Date admission /___/___/_____/ Heure d'admission |__|__| h |__|__| min

Terme |__|__| SA + |__| jours

Si rupture des membranes à l'admission : date /___/___/_____/ heure |__|__| h |__|__| min

Couleur LA : 1. Clair ☐ 2. Teinté ☐ 3.Méconial ☐ 4. Autre☐ …… 9. Inconnu ☐

Dilatation du col |__|__| en cm Bishop admission |__|

Fréquence des CU /10mn |__|__|

Intensité des CU ressenties par la patiente :

faible ☐ moyenne ☐ forte ☐ non retrouvée dans le dossier ☐

EVA : |__|__| non retrouvée dans le dossier ☐

Admission en salle d'accouchement

Date admission /___/___/_____/ Heure d'admission |__|__| h |__|__| min

Terme (SA + jours) |__|__| SA + |__| jours

Si rupture des membranes à l'admission en salle d'accouchement,

Date /___/___/_____/ Heure |__|__| h |__|__| min

Couleur LA : 1. Clair ☐ 2. Teinté ☐ 3.Méconial ☐ 4. Autre…… 9. Inconnu ☐

Dilatation du col |__|__| en cm Bishop admission |__|

Fréquence des CU /10mn |__|__|

Intensité des CU ressenties par la patiente :

faible ☐ moyenne ☐ forte ☐ non retrouvée dans le dossier ☐

EVA : |__|__| non retrouvée dans le dossier ☐

Anesthésie

0- Aucune ☐ 1- APD ☐ 2- Rachi ☐ 3- Autre ☐ …… 9- Non retrouvé/ inconnu ☐

Heure de pose |__|__| h |__|__| min

Dilatation du col au moment de la pose |__|__| en cm

Rupture des membranes/poche des eaux pendant le W

Date de la rupture /___/___/_____/ Heure de la rupture |__|__| h |__|__| min

1-Spontanée☐ 2-Artificielle ☐

Début du synto

Heure début Syntocinon® |__|__| h |__|__| min

Dilatation à ce moment-là |__|__| en cm

Dilution effectuée : |__|__| UI dans |__|__|__| cc de G5% ☐ Nacl ☐ Autre ☐ ……..

Débit initial : |__|__|__| ml/h soit |__|__| mUI/min (voir fin document p.10)

Indication du Syntocinon® (*telle que retrouvée écrite dans le dossier*):

Hypocinésie ☐ Stagnation de la dilatation ☐

Accélération du travail ☐ Flexion-rotation de la présentation ☐

Phase d'expulsion ☐ Indication non notée sur le dossier ☐

Autres ☐ ……..…….

Enregistrement RCF en cours au moment de la pose du Syntocinon® : 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Anomalies RCF présentes avant la pose du Syntocinon® : 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Description des anomalies du rythme cardiaque fœtal : .....

……

Anomalies survenant dans les 30 mn suivant l'induction du Syntocinon® : 1. Oui ☐ 2. Non ☐

ARCF transitoire ☐ ARCF persistant jusqu'à l'accouchement ☐

Anomalies de la contractilité utérine ☐

Description des anomalies du rythme cardiaque fœtal : .....

……

Tableau paliers à compléter à chaque modification de dosage (↑ ou ↓ ou arrêt ou reprise)

	Heure	**Débit* oxytocine en mUI/min**	**Débit* oxytocine en mL/h**	**Dilatation (en cm)**	**Modification débit (↑ ou ↓ ou arrêt ou reprise)**	**Nb de CU / 10 mn**
Pose oxytocine						
Palier 1						
Palier 2						
Palier 3						
Palier 4						
Palier 5						
Palier 6						
Palier 7						

* Noter le débit tel que écrit dans le dossier ou sur ERCF

Durée totale du travail |__|__| heures |__|__| minutes

Durée calculée de la phase de latence (du début des contractions régulières et douloureuses jusqu'à 4 cm) |__|__| heures |__|__| minutes

Durée calculée phase ACTIVE (de 4 cm à l'expulsion) |__|__| heures |__|__| minutes

Durée DILATATION COMPLETE **avant** le début des efforts expulsifs |__|__| heures |__|__| minutes

Durée Efforts Expulsifs |__|__| heures |__|__| minutes

Accouchement

Date /___/___/_____/ Heure accouchement |__|__| h |__|__| min

Mode : 1. VB spontanée ☐ 2. Ventouse ☐ 3. Forceps ou spatules ☐ 4. Césarienne ☐

Si césarienne, motifs : 1. Maternelle ☐ 2. Obstétricale ☐ 3. Fœtale (ARCF) ☐ 4. Mixte ☐

Délivrance dirigée Syntocinon® ☐ Dose (en UI) |__|__|

Perfusion d'entretien de Syntocinon® en post-partum ☐

Nombre d'ampoule (s) de Syntocinon® ajoutée (s) dans la perfusion |__|

Complications

HPP > 500 mL ☐ Evaluation des pertes……|__|__||__|__| mi.

Nalador® ☐ CG (nbre) |__|__|

Autres prises en charge à noter ……

Nouveau-né

Poids en g : |__|__|__|__| Apgar 1 min |__|__| Apgar 5 min |__|__|

pH artériel |__|, |__|__| BE|__|__|mEq Lactates : |__|__|, |__|

Présence du pédiatre (ou d'un autre professionnel) pour la prise en charge du nouveau-né :

Anticipée en prénatal ☐ En post natal ☐ Motif …….

Ventilation au masque ☐ Intubation ☐ Aucun geste ☐

Transfert ☐ Motif du transfert ……

Commentaires éventuels sur le maniement de l'oxytocine au cours du travail