

## Événements Graves à déclarer - Fiche de déclaration 2023

**Déclarant :**

Nom : ..... Maternité : .....  
Mail : .....

**Grossesse et accouchement (A remplir obligatoirement) :**

Lieu de Naissance (si différent du lieu de déclaration) : .....  
Date de début de grossesse : ..... Terme : ..... SA  
Date de de l'accouchement : ..... Heure de l'accouchement : .....  
Naissance : Singleton  Gémellaire  Triple   
Mode d'accouchement : Voie basse  Césarienne   
Poids de naissance : ..... g  
Sexe : Garçon  Fille

**Événements à déclarer au Réseau** (cocher la case de l'événement à déclarer) :

*Événements indésirables graves associés ou non à des soins, événements inattendus graves, événements porteurs de risque.*

**EVENEMENTS INDESIRABLES NEONATAUX :**

*(Pouvant être concomitant avec un décès néonatal ou fœtal) :*

Date de naissance de la mère : ..... Age de la mère : .....  
Date de l'événement (si différent de la date d'accouchement) : .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Encéphalopathie anoxie-ischémique (avec mise en hypothermie ou décès) | <input type="checkbox"/> Naissance « Outborn »   |
| <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire grave intubée ≥ 36SA                            | <input type="checkbox"/> Echec de dépistage d'une malformation grave   |
| <input type="checkbox"/> Fractures (membres, crâne)  | <input type="checkbox"/> Paralysie du plexus brachial  |
| <input type="checkbox"/> Hématome sous dural   | <input type="checkbox"/> AVC   |
| <input type="checkbox"/> Infection néonatale grave (méningite, sepsis, etc.)                   | <input type="checkbox"/> Erreurs de médicaments, de dispositifs médicaux (avec ou sans conséquence pour le nouveau-né) |
| <input type="checkbox"/> Chutes  | <input type="checkbox"/> Malaise grave du nouveau-né en maternité  |
| <input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion  | <input type="checkbox"/> Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)   |
| <input type="checkbox"/> Autres événements : .....   |  |

**Commentaires :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Est-ce qu'une RMM devrait ou va être organisée autour de cet événement ? Oui  Non  Ne sait pas   
Souhaitez-vous un appui du RSN pour organiser une RMM ? Oui  Non  Ne sait pas

**DECES NEONATAL OU FOETAL (≥ 22 SA) :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès en per-partum            | <input type="checkbox"/> Interruption médicale de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Décès en salle de naissance    | <input type="checkbox"/> Mort fœtale in utéro               |
| <input type="checkbox"/> Décès en unité de néonatalogie |   |

Date du décès : ..... Heure du décès : .....

Corticoprofylaxie : Faite (2 injections)  Faite (1 injection)  Non faite  Inconnu   
Sulfate de magnésium : Fait  Non fait  Inconnu   
Soins palliatifs : oui  non   
Discussion anténatale avec les parents : oui  non   
Décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives LATA :  
En anténatal (par ex choix d'absence d'ERCF)   
En post natal