

Evénements Graves à déclarer - Fiche de déclaration 2024

Déclarant :

Nom : Maternité :
Mail :

Date de naissance de la mère : Age de la mère :

Grossesse et accouchement :

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

Date de l'événement (si différent de la date d'accouchement) :

Evénements à déclarer au Réseau : Evénements indésirables graves associés ou non à des soins, événements inattendus graves, événements porteurs de risque (cocher la case de l'événement à déclarer) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès de la patiente | <input type="checkbox"/> Accident allergique grave |
| <input type="checkbox"/> Eclampsie | <input type="checkbox"/> Arrêt cardio respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire, Embolie amniotique | <input type="checkbox"/> Accident voie publique grave |
| <input type="checkbox"/> Hémorragie du Post Partum | <input type="checkbox"/> Choc septique |
| → Remplir les données de l'encadré ci-dessous | <input type="checkbox"/> Infection à Streptocoque A |
| <input type="checkbox"/> HRP | |
| <input type="checkbox"/> Rupture utérine | <input type="checkbox"/> Accouchement d'un nouveau-né « outborn » |
| <input type="checkbox"/> SHAG, SHU | <input type="checkbox"/> Accouchement à domicile NON consenti |
| <input type="checkbox"/> Admissions en soins critiques (réanimation, soins continus) | |
| <input type="checkbox"/> Erreurs de médicaments, de dispositifs médicaux (avec ou sans conséquences pour la mère) | |
| <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

Hémorragie du Post Partum (≥ 1500 ml et/ou avec transfusion, chirurgie conservatrice, hystérectomie d'hémostase, embolisation artérielle):

Date du début hémorragie : Heure du début hémorragie :

Causes :

Atonie utérine <input type="checkbox"/>	Déchirure périnée (dont épisiotomie) <input type="checkbox"/>	Déchirure du col <input type="checkbox"/>
Placenta prævia <input type="checkbox"/>	Placenta accréta <input type="checkbox"/>	Rétention placentaire <input type="checkbox"/>
Rupture utérine <input type="checkbox"/>	Thrombus <input type="checkbox"/>	

Autre cause :

Pertes totales estimées : cc

Méthode de mesure :

Sac de recueil Pesée des pertes Bocaux d'aspiration Mesure subjective (au jugé)

Hémoglobine : Avant l'accouchement :g/dl La plus basse : g/dl

Transfusion : Oui Non

Nombre de CG : | _ | | _ | PFC | _ | | _ | Culots plaquettaires | _ | | _ |

Prise en charge médicamenteuse :

Sulprostone (Nalador®) Oui Non Si oui, heure d'administration : | _ | | _ | H | _ | | _ | min

Acide tranexamique (Exacyl®) Oui Non Si oui, heure d'administration : | _ | | _ | H | _ | | _ | min

Fibrinogène Facteur VIIa recombinant (Novoseven®)

Prise en charge médico-chirurgicale :

DA <input type="checkbox"/>	RU <input type="checkbox"/>
Examen sous valves <input type="checkbox"/>	Suture (col, vagin, épisiotomie) <input type="checkbox"/>
Ballonnet intra-utérin <input type="checkbox"/>	Chirurgie conservatrice (ligatures artérielles et/ou plicatures) <input type="checkbox"/>
Ligatures des hypogastriques <input type="checkbox"/>	Hystérectomie d'hémostase <input type="checkbox"/> Embolisation <input type="checkbox"/>

Transfert de la mère :

Dans un service de soins critiques (réanimation, soins continus) : Oui Non

Dans un autre établissement : Oui Non