

Événements Graves à déclarer - Fiche de déclaration 2024

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