

## COMITÉ NATIONAL D'EXPERTS SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE



### Rapport confidentiel à usage médical

Merci d'envoyer le dossier avant le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dossier:

À : Dr. Catherine Deneux-Tharaux

Inserm 1153-EPOPé

Maternité de Port Royal, 6e étage

53, avenue de l'observatoire

75014 Paris.



# Inserm

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



Inserm U1153-EPOPé : Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique.

## CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

De la qualité des informations recueillies dans ce dossier dépendront directement la validité de l'analyse qui sera effectuée et la pertinence des recommandations qui en découleront.

Le contenu de ce dossier doit être traité de façon strictement confidentielle. Le nom de la femme, les noms des médecins concernés et de l'établissement, **ne doivent pas figurer** dans ce rapport.

Les copies des partogramme, fiche d'anesthésie, comptes-rendus opératoires, comptes-rendus du séjour en réanimation et rapport d'autopsie (si disponibles) **doivent être impérativement jointes**.

La partie droite est réservée pour le codage, **ne rien inscrire sur les cases**. La partie **observations** vous permettra de détailler des points que vous considérez importants ou bien des informations qui ne figurent pas sous forme de question.

### Exemples du remplissage :

Espace réservé au choix des réponses proposées.

⊕ Entourer la bonne réponse.

- Intervenant : 

1. SAMU	2. Pompiers	3 : Médecin de garde ou d'urgences	4. Autre
---------	-------------	------------------------------------	----------

⊕ Cocher la case correspondante

- Traitement entrepris :

	Non	Oui
Stéroïdes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivants	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sulfate de magnésium	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anticoagulants	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊕ Espace réservé pour inscrire une information en clair :

*Si autre à préciser* : .....

Motif(s) de l'intervention.....

.....

## I. CARACTERISTIQUES GENERALES

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Date de naissance: ..... / ..... / .....

• Date du décès: ..... / ..... / .....

• Lieu du décès: 

1: Logement, domicile	2: Etablissement hospitalier	3: Clinique privée	4: Autre
--------------------------	---------------------------------	-----------------------	----------

Si autre, à préciser: .....

• Moment du décès: 

1: Pendant la grossesse	2: Per partum	3: Post partum
-------------------------	---------------	----------------

Si 1. Préciser AG en SA:.....

Si 3. Préciser le jour:.....

• Pays de naissance: 

1: France	2: Autre
-----------	----------

 Si autre, à préciser: .....

Si née hors France, année d'arrivée en France/ancienneté de la migration: .....

• Nationalité : 

1: Française	2: Etrangère
--------------	--------------

 Si étrangère, à préciser: .....

• Code postal de résidence : .....

• Ce décès a-t-il fait l'objet d'une RMM ? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

### CONTEXTE SOCIAL

• Profession, à préciser (y compris "sans profession"):

• Activité professionnelle en début de grossesse: 

1: Active	2: Inactive
-----------	-------------

Si inactive : 

1: Chômage	2: Etudiante	3: Femme au foyer	Autre:
------------	--------------	-------------------	--------

 .....

• Vivait avec un conjoint pendant la grossesse: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Isolement social: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Précarité de logement: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Barrière linguistique: 

1: Non	2: Oui, totale	3: Oui, partielle
--------	----------------	-------------------

Si oui, quelle est la langue parlée? .....

• Couverture sociale: 

1: Sécurité sociale	2: SS + mutuelle	3: CMU	4: CMUc	5: AME
6: Aucune	7: NSP			

• Grossesse non désirée: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Grossesse non planifiée: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Violences conjugales: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Autres situation particulière ou précisions:

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

J	M	A								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>				

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

## OBSERVATIONS

*Commentaires sur contexte social:*

## II. PRISE EN CHARGE INITIALE HORS ETABLISSEMENT 0: Non 1: Oui

(Remplir en cas de prise en charge à domicile, sur la voie publique, en cabinet médical ou autre lieu)

• Moment de l'intervention

Si la femme était enceinte, préciser l'âge gestationnel (AG) auquel est survenue l'intervention (sem + nb jours): .....

Sem

--	--

Nb de jours

--	--	--

Si la femme avait accouché récemment, préciser le délai entre l'accouchement et l'intervention (en J): .....

• Lieu de l'intervention: 

1: Voie publique	2: Domicile	3: Cabinet médical
4: Autre	Si autre, à préciser: .....	

• Intervenant: 

1: SAMU	2: Pompiers	3: Médecin de garde ou d'urgences	4: Autre
---------	-------------	-----------------------------------	----------

 ( 2 intervenants possibles)

• Motif(s) de l'intervention: .....

.....

.....

• Etat de la femme à l'arrivée de l'intervenant:

Glasgow: ..... Fréquence cardiaque: ..... Fréquence respiratoire: .....

Glasgow	FC	FR
S	D	SpO2

Pression artérielle (mm/Hg) Systolique: ..... / Diastolique: ..... SpO2: .....

Arrêt cardiaque: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Durée du no flow (en min):.....

• Prise en charge: Massage cardiaque débuté par témoin 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Application d'oxygène: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Si oui, débit: (O2 l/min): .....

Ventilation au masque: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Intubation: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Massage cardiaque externe: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Défibrillation: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Abord veineux: Si oui, précisez: Remplissage 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Type de produits et quantité: .....

Médicaments 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Type et dose: .....

Autre(s) intervention(s), à préciser: .....

• Evolution: 

1: Amélioration	2: Stabilisation	3: Aggravation	4: Décès
-----------------	------------------	----------------	----------

Si décès, indiquer le délai entre l'arrivée de l'intervenant et la constatation du décès (en min): .....

	Délai en min

	Délai en min

• Délai entre premier symptôme et décès (en min): .....

	Délai en min

• Transfert dans un établissement hospitalier 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, indiquer le délai entre l'arrivée de l'intervenant et l'arrivée à l'établissement hospitalier (en min): .....

## OBSERVATIONS

*Commentaires sur prise en charge initiale, ou décès, hors établissement:*

### III. CIRCONSTANCES DU DECES EN ETABLISSEMENT

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Service d'arrivée: .....

Date et heure d'arrivée dans l'établissement:

..... / ..... / ..... H .....

*Si service de gynécologie-obstétrique ou maternité, indiquez le le type de soins périnataux:*

1:I 2:II 3:III

S'agit-il de la maternité de suivi? 0: Non 1: Oui

Diagnostic porté à l'arrivée: .....

La patiente est arrivée? 1: Par ses propres moyens 2: Avec le SAMU 3: Autre

• Service où a eu lieu le décès: .....

Date et heure d'arrivée dans ce service:

..... / ..... / ..... H .....

*Si le service où a eu lieu le décès est différent du service d'arrivée, précisez le type de transfert:*

Transfert: 1: Interne 2: Externe

Cause(s) du décès retenue par l'équipe soignante: .....

.....

Délaï entre les premiers symptômes et le décès (en jour et heure) .....J et .....H

Délaï entre le diagnostic de la pathologie causale et le décès (en jour et heure) .....J et .....H

Date et heure du décès:

..... / ..... / ..... H .....

Form for coding (light green background):

J M A

H Mn

J M A

H Mn

J M A

H Mn

### IV. EXAMENS POST MORTEM

• Autopsie: 0: Non 1: Oui

*Si non, proposée:* 0: Non 1: Oui 2: NSP

*refusée par la famille:* 0: Non 1: Oui 2: NSP

*Si oui, était-ce à visée:* 1: Scientifique 2: Médico-légale

Le compte rendu est-il disponible? 0: Non 1: Oui

*Si oui, conclusion de l'autopsie:* .....

**Si oui, veuillez joindre une copie du CR**

• Autres examens post-mortem: 0: Non 1: Oui

*Si oui, précisez le(s)que(s):* .....

*Détaillez les résultats:* .....

.....

**Veuillez joindre une copie de ces résultats**

Form for coding (light green background):

J M A

H Mn

J M A

H Mn

J M A

H Mn

## OBSERVATIONS

### **Antécédents médicaux:**

*Indiquez comment ils ont été pris en charge et quelles décisions ont été prises (traitements, surveillance accrue de cette grossesse)*

### **Antécédents chirurgicaux:**

### **Conduites addictives:**

### **Antécédents obstétricaux:**

*Indiquez comment ils ont été pris en charge et quelles décisions ont été prises (traitements, surveillance accrue de cette grossesse)*

## V. ANTECEDENTS DE LA FEMME AVANT LA GROSSESSE CONSIDEREE

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

Taille (cm): ..... Poids (kg): .....  
(avant grossesse ou à défaut en début de grossesse)

Obésité  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

• Antécédents médicaux:

Hypertension artérielle:  0: Non  1: Oui

Diabète:  0: Non  1: Oui

Cardiopathie(s) congénitale(s) ou acquise(s):  0: Non  1: Oui

Allergie(s):  0: Non  1: Oui

Asthme:  0: Non  1: Oui

Maladie(s) immunitaires(s):  0: Non  1: Oui

*Si maladie immunitaire, précisez la(es)quelle(s) :* .....

Transfusion(s):  0: Non  1: Oui

Autre(s):  0: Non  1: Oui

*Si autre, précisez quel(s) autre(s) antécédent(s) :* .....

• Antécédents chirurgicaux:  0: Non  1: Oui  
(précisez le type) .....

• Conduites addictives:

Tabagisme (= Plus de 5 cigarettes par jour)  0: Non  1: Oui, AVANT la grossesse  2: Oui, PENDANT la grossesse  3: Oui, AVANT et PENDANT

Alcoolisme:  0: Non  1: Oui

Toxicomanie:  0: Non  1: Oui *Si oui, précisez quelle(s) drogue(s):* .....

• Antécédents obstétricaux: Nombre de grossesses antérieures: .....

Détaillez les grossesses antérieures de la plus récente à la plus ancienne quelle qu'ait été leur évolution (y compris les avortements spontanés, les IVG, les IMG et les GEU):

Année	% Durée (AG en SA)	* Mode de terminaison	Etat de l'enfant à la naissance	Sexe / Poids (kg)	Pathologies durant la grossesse
1 .....					
2 .....					
3 .....					
4 .....					
5 .....					
6 .....					
7 .....					

Année	AG	Fin gr	Etat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexe	Poids	Pathologie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

% SA: semaines d'aménorrhée

\* Mode de terminaison : Précisez s'il s'agit d'une grossesse ectopique, d'un avortement (provoqué ou spontané), d'un accouchement (par voie basse ou césarienne) d'une grossesse simple ou multiple.

## OBSERVATIONS

### Consultations au cours de la grossesse:

Rang	Date	Par qui ?	Conclusions:
	Précisez si consultation en urgence ou programmée	(médecin généraliste, sage-femme, gynécologue obstétricien, autre spécialité)	(Spécifiez si TA normale et les autres éléments de surveillance réalisés ainsi que les anomalies éventuelles...)

### Risque particulier décelé en cours de grossesse, pathologie grave:

(Spécifiez les circonstances, le moment, les décisions prises; En cas de présence de pathologie grave, indiquez la chronologie des événements.)



## OBSERVATIONS

**Si la grossesse s'est terminée sans accouchement:**

*(Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète le traitement entrepris, l'intervention effectuée, ...)*

## VII. TERMINAISON DE LA GROSSESSE SANS ACCOUCHEMENT

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Date de fin de grossesse: ..... / ..... / .....

Précisez l'âge gestationnel (AG) auquel est survenue la fin de grossesse (sem + nb jours): .....

• Mode de fin de grossesse: 

1: FCS	2: IVG	3: IMG	4: GEU	5: Mole	6: Grossesse évolutive
--------	--------	--------	--------	---------	------------------------

Si **IMG**, précisez l'indication: .....

Si **GEU**, détaillez les circonstances du diagnostic: .....

Lieu et date du 1er examen: ..... / ..... / .....

Lieu et date du diagnostic: ..... / ..... / .....

Qui a établi le diagnostic: .....

Quels examens diagnostiques ont été réalisés? (3 possibles) .....

Sur quel(s) signe(s) le diagnostic a-t-il été établi? .....

• Traitement(s) entrepris: 

Médical:		Chirurgical:	
0: Non	1: Oui	0: Non	1: Oui

Si **oui**, le(s)quel(s): .....

A quelle date? ..... / ..... / .....

• Lieu de terminaison de la grossesse: 

1: Gynéco-obstétrique	2: Service de chirurgie	3: Centre d'IVG	4: Domicile	5: Autre
-----------------------	-------------------------	-----------------	-------------	----------

Si **autre**, précisez: .....

• Y a-t-il eu une anesthésie? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

**Si oui, veuillez remplir la fiche anesthésie située page 21**

J		M		A			
				Sem		Jours	

## VIII. ACCOUCHEMENT

> ACCOUCHEMENT HORS MATERNITE: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Si oui, lieu: .....

Si **oui**, - accouchement inopiné: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 .....

- accouchement programmé hors maternité: 

0: Non	1: Oui	2: NSP
--------	--------	--------

> ACCOUCHEMENT EN MATERNITE: DEBUT ET DEROULEMENT DU TRAVAIL

• Date et heure d'arrivée de la femme à la maternité: ..... / ..... / ..... H

• Précisez l'âge gestationnel (AG) (sem + nb jours): .....

• Présentation du (des) fœtus: .....

• Lieu de l'accouchement: 

1: Secteur classique	2: Salle nature	3: Salle physiologique
----------------------	-----------------	------------------------

• Début du travail: 

1: Spontané	2: Déclenché	3: Césarienne avant travail
-------------	--------------	-----------------------------

En cas de **césarienne avant travail**, précisez l' (les) indication(s): .....

En cas de **travail déclenché**:

- précisez l' (les) indication(s): .....

- précisez le (les) moyen(s): **Cochez les cases correspondantes**

Rupture artificielle des membranes	Ocytociques	Prostaglandines	Autre(s)	Si <b>autre</b> , précisez:				
Non <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		.....
Oui <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		.....

J		M		A			
				Sem		Jours	

## OBSERVATIONS

**Pathologie(s) grave( s) survenue(s) en cours de travail, les gestes entrepris et les traitements donnés:**

**Complication(s) survenue(s) lors de la naissance:**

## VIII. ACCOUCHEMENT (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

- Durée totale du travail (H, min) hors phase de latence: .....H .....min
- Date et heure de la rupture des membranes: ..... / ..... / ..... H .....

**Si possible, joignez une photocopie du partogramme**

- Qui a surveillé le travail? 

1: Sage-femme	2: Interne	3: Médecin
---------------	------------	------------
- Pathologies présentes en cours de travail: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, précisez la(es)quelle(s): .....

- Accouchement sans péridurale: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Thérapeutiques particulières en cours de travail: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

	Ocytocine	Antispasmodiques	Beta-mimétiques	Analgésiques	Antibiotiques
Non	<input type="checkbox"/>				
Oui	<input type="checkbox"/>				

**Cochez les cases correspondantes**

Si autre(s), précisez la(s)quel(s): .....

**Si analgésiques, veuillez remplir la fiche anesthésie située page 21**

### > NAISSANCE

- Date et heure de naissance: ..... / ..... / ..... H .....

(en cas de grossesse multiple, indiquez l'heure de la 1ère naissance)

- Qui a effectué l'accouchement? 

1: Sage-femme	2: Interne	3: Médecin	4: Non assisté
---------------	------------	------------	----------------
- Mode d'accouchement: 

1: Voie basse spontanée	2: Voie basse instrumentale	3: Césarienne
-------------------------	-----------------------------	---------------

Si césarienne, indiquez:

- dans quelle(s) circonstance(s):

1: Programmée et réalisée à temps	2: Programmée et réalisée en urgence	3: Non programmée
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------

- pour quelle(s) indication(s): .....

- Nombre d'enfants nés: .....
- Etat du nouveau-né

**Cochez les cases correspondantes**

	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant									
A la naissance:	<table border="1"><tr><td>0: Né-vivant</td><td>1: Mort-né</td></tr></table>	0: Né-vivant	1: Mort-né	<table border="1"><tr><td>0: Né-vivant</td><td>1: Mort-né</td></tr></table>	0: Né-vivant	1: Mort-né	<table border="1"><tr><td>0: Né-vivant</td><td>1: Mort-né</td></tr></table>	0: Né-vivant	1: Mort-né			
0: Né-vivant	1: Mort-né											
0: Né-vivant	1: Mort-né											
0: Né-vivant	1: Mort-né											
Au cours des 7 premiers jours:	<table border="1"><tr><td>0: Non décédé</td><td>1: Décédé &lt; 24h</td><td>2: Décédé entre 24h et 7 jours</td></tr></table>	0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours	<table border="1"><tr><td>0: Non décédé</td><td>1: Décédé &lt; 24h</td><td>2: Décédé entre 24h et 7 jours</td></tr></table>	0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours	<table border="1"><tr><td>0: Non décédé</td><td>1: Décédé &lt; 24h</td><td>2: Décédé entre 24h et 7 jours</td></tr></table>	0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours
0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours										
0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours										
0: Non décédé	1: Décédé < 24h	2: Décédé entre 24h et 7 jours										
Sexe:	<table border="1"><tr><td>1: Masculin</td><td>2: Féminin</td></tr></table>	1: Masculin	2: Féminin	<table border="1"><tr><td>1: Masculin</td><td>2: Féminin</td></tr></table>	1: Masculin	2: Féminin	<table border="1"><tr><td>1: Masculin</td><td>2: Féminin</td></tr></table>	1: Masculin	2: Féminin			
1: Masculin	2: Féminin											
1: Masculin	2: Féminin											
1: Masculin	2: Féminin											
Poids:	.....	.....	.....									

H		min	
J	M	A	
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]
H	min		
[ ][ ]	[ ][ ]		
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## OBSERVATIONS

### **Pathologie(s) de la délivrance:**

*(Indiquez quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, quel traitement a été entrepris)*

### **Complication(s) survenue(s) lors de la naissance:**

*(Indiquez quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, quel traitement a été entrepris)*

### **Décès pendant l'accouchement ou dans les suites de couches:**

## VIII. ACCOUCHEMENT (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

### > DELIVRANCE

- Administration prophylactique d'ocytocique :

0: Non	1: Oui	Si oui, à quel moment:	1: Epaule ant. ou naissance	2: Après la délivrance	3: A l'épaule et après la délivrance
--------	--------	------------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Délivrance artificielle:  0: Non  1: Oui
- Révision utérine: hors DA:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Episiotomie:  0: Non  1: Oui
- Déchirure périnéale:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Autres lésions traumatiques:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

En cas d'autre(s) lésion(s), indiquez la(es)quelle(s): .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Anomalie(s) du placenta:  0: Non  1: Oui Non documentée

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, précisez la(es)quelle(s): .....

- Perte sanguine post-partum totale: .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Hémorragie du post-partum:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Si oui, veuillez remplir la fiche spéciale "hémorragie" située page 25**

- Autre(s) pathologie(s) du post-partum immédiat:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, précisez la(es)quelle(s): .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Y a-t-il eu une fiche de surveillance pour les deux premières heures du post-partum?  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

- Si la femme a accouché par :

**Voie basse**

**Césarienne**

Combien de temps est-elle restée en salle de naissance après l'accouchement (en min)?

Combien de temps est-elle restée en SSPI (en min)?

.....

.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### > SUITES DE COUCHES

- Pathologie(s) durant les suites de couche:s  0: Non  1: Oui Si oui, précisez la(es)quelle(s):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Durée du séjour en suites de couches (en jour): .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Mode de sortie:  1: Décès  2: Transfert  3: Domicile

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Si sortie à domicile, traitement de sortie:

Si oui, lequel Dose: Durée:

- antibiotique:  .....
- inhibiteur de la lactation:  .....
- anticoagulant:  .....
- contraceptif hormonal  .....

<input type="checkbox"/>	_____

- Consultation prévue après la sortie:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Si oui, quel service: .....

<input type="checkbox"/>
--------------------------

### OBSERVATIONS

Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans l'établissement où la femme avait prévu d'accoucher, indiquez les raisons de ce changement:

## VIII. ACCOUCHEMENT (suite)

### > CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT OU LA FEMME A ACCOUCHE

Même maternité que celle prévue pour l'accouchement:  0: Non  1: Oui  
*Si oui, remplir seulement page 7*  
*Si non, compléter ci-dessous*

Nature :  1: CHU / CHR  2: CHG  3: Etablissement privé participant au service public  4: Etablissement privé  5: Autre

Si autre, précisez: .....

Type de soins périnataux:  1: I  2: II  3: III Nombre annuel de naissances: .....

Personnel médical: **Cochez les cases correspondantes:**

	Gynécologue-obstétricien		Anesthésiste-réanimateur			
	Présent dans le service	D'astreinte dans le service	Présent dans le service	D'astreinte dans le service	Présent dans l'établissement	D'astreinte dans l'établissement
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de sages-femmes présentes en salle de naissance et aux urgences: le jour: ..... la nuit: .....

Si une seule sage-femme est présente, a-t-elle en charge d'autres secteurs?  0: Non  1: Oui

Lieu de surveillance post-opératoire des femmes ayant eu une césarienne: .....

Services présents dans l'établissement:

	Banque de sang	Dépôt de sang	Radiologie interventionnelle	Laboratoire d'analyses médicales	Réa adulte Médicale/Chirurgicale
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si dépôt: ..... Nombre de culots disponibles: .....

GO   |   AR

☞ Si présence d'HTA, éclampsie, hémorragie, embolie amiotique ou pulmonaire, infection AVC, pathologie chronique préexistante, et/ou suicide veuillez remplir la(es) fiche(s) spéciale(s):

- ◇ page 25 si hémorragie
- ◇ page 31 si embolie amiotique
- ◇ page 35 si embolie pulmonaire
- ◇ page 39 si HTA, pré-éclampsie, éclampsie, Hellp syndrome
- ◇ page 43 si infection
- ◇ page 47 si accident vasculaire cérébral
- ◇ page 49 si pathologie chronique préexistante
- ◇ page 51 si suicide

☞ Si la patiente est décédée durant l'accouchement ou pendant les suites de couches dans d'autres circonstances, veuillez indiquer ci-contre:

- ◇ quand la complication a été détectée,
- ◇ quand le diagnostic a été fait
- ◇ quel type de traitement a été entrepris.

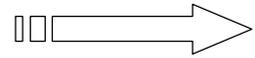
☞ Si la pathologie a entraîné un transfert, une anesthésie et/ou une admission en réanimation, en USI ou en surveillance continue, veuillez remplir les fiches correspondantes situées ...

- ◇ page 21 si analgésie, anesthésie
- ◇ page 55 si transfert en réanimation, en unité de soins intensifs ou en surveillance continue

**Veillez indiquer de façon détaillée:**

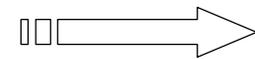
- ◇ les hospitalisations et les transferts intervenus pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et le moment de survenue de la complication grave

*(dont passage en réanimation, en unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue)*



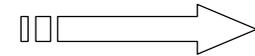
**Veillez préciser:**

- ◇ l'établissement d'hospitalisation ou du transfert ainsi que la nature du service d'accueil



**Veillez également indiquer dans les commentaires:**

- ◇ les circonstances du transfert (en urgence?)
- ◇ la qualité de la personne qui a décidé du transfert ou de l'hospitalisation



## FICHE HOSPITALISATION - TRANSFERT

Date et heure		Etablissement	Service	Motifs, Commentaires et difficultés au transfert
d'entrée	de sortie			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'anesthésie:**

*Si l'anesthésie a joué un rôle essentiel ou aggravant dans le décès maternel, veuillez indiquer la chronologie des événements*

*Merci de joindre une copie de la feuille d'anesthésie*

Pour chaque acte, joindre une copie de la fiche d'anesthésie

I. POUR L'ACCOUCHEMENT

> GENERALITES

• Date et heure de l'acte: ..... / ..... / ..... H .....

• Où a-t-il eu lieu ?

1: Salle de travail	2: Bloc opératoire	3: Salle de réveil	4: Réanimation	5: Autre
---------------------	--------------------	--------------------	----------------	----------

Si autre, précisez : .....

• Personnel(s) anesthésique(s) présent(s) pour l'acte:

Cochez les cases correspondantes: Médecin anesthésiste      Infirmier d'anesthésie      Interne d'anesthésie

• Une consultation de pré anesthésie a-t-elle eu lieu? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

  
Si oui, risque(s) particulier(s) signalé(s)? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, le(s)quel(s): .....

• L'acte a eu lieu en urgence: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

• L'acte: 

1: Analgésie	2: Anesthésie
--------------	---------------

Type: 

1: Péridurale	2: Rachianesthésie	3: Péridurale Rachianesthésie combinée	4: Anesthésie générale	
5: Autre	Si autre, précisez: .....			

Produits utilisés, précisez: .....

II. ACTES D'ANESTHESIE EN URGENCE EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT

> GENERALITES

• Date et heure de l'acte: ..... / ..... / ..... H .....

• Où a-t-il eu lieu ?

1: Salle de travail	2: Bloc opératoire	3: Salle de réveil	4: Réanimation	5: Autre
---------------------	--------------------	--------------------	----------------	----------

Si autre, précisez : .....

• Personnel(s) anesthésique(s) présent(s) pour l'acte:

Cochez les cases correspondantes: Médecin anesthésiste      Infirmier d'anesthésie      Interne d'anesthésie

Nature de l'intervention ayant nécessité l'anesthésie: .....

Type: 

1: Péridurale	2: Rachianesthésie	3: Péridurale Rachianesthésie combinée	4: Anesthésie générale	
5: Autre	Si autre, précisez: .....			

Produits utilisés, précisez: .....

J		M		A			
<input type="checkbox"/>							
H				Min			
<input type="checkbox"/>							

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J		M		A			
<input type="checkbox"/>							
H				Min			
<input type="checkbox"/>							

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'anesthésie:**

*Si l'anesthésie a joué un rôle essentiel ou aggravant dans le décès maternel, veuillez indiquer la chronologie des événements*

*Merci de joindre une copie de la feuille d'anesthésie*

III. COMPLICATIONS D'UN ACTE ANESTHESIQUE/ANALGESIQUE

• RESPIRATOIRES:

0: Non	1: Oui
--------	--------

	Non	Oui		Non	Oui		
Intubation impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubation œsophagienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Intubation difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome de Mendelson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bronchospasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Extubation accidentelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

• HEMODYNAMIQUES:

0: Non	1: Oui
--------	--------

	Non	Oui		Non	Oui		
Choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Arrêt cardio-circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, type: .....				<input type="checkbox"/>

• REACTION ANAPHYLACTIQUE:

0: Non	1: Oui
--------	--------

• COMPLICATION D'ANESTHESIE LOCOREGIONALE

0: Non	1: Oui
--------	--------

• AUTRES COMPLICATIONS:

0: Non	1: Oui
--------	--------

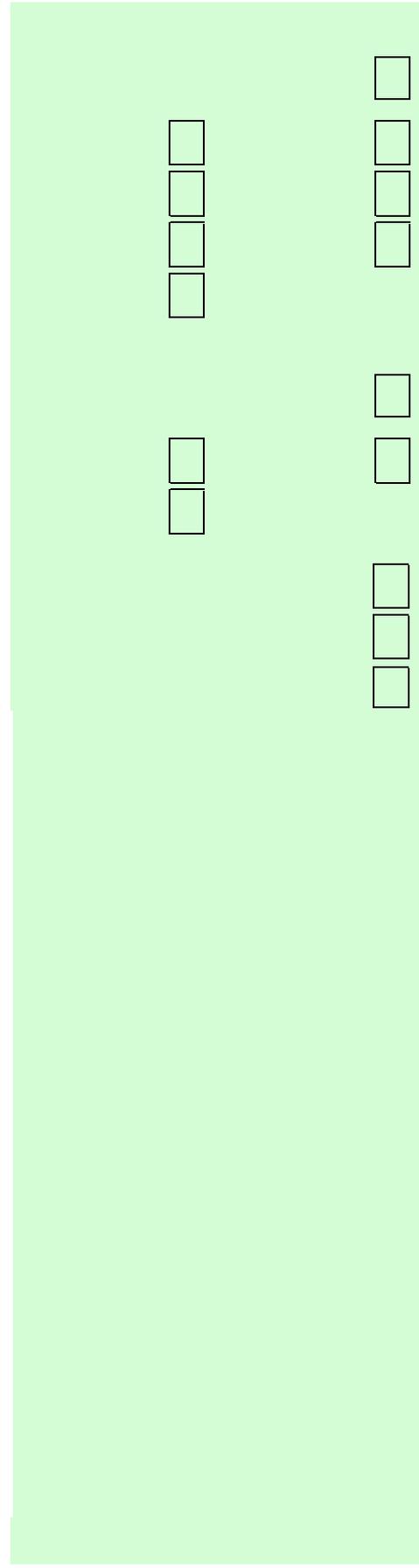
Précisez lesquelles: .....

.....

.....

.....

.....



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitement médical, chirurgical, transfert, ...*

# FICHE HEMORRAGIES OBSTETRIQUES

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

## > DIAGNOSTIC INITIAL

• Date et heure des 1ers symptômes: ..... / ..... / ..... H .....  
 Délai 1er symptômes et décès: .....J et .....H

• Où ont-ils eu lieu ?

1: Salle de travail	2: Bloc opératoire	3: Salle de réveil	4: Chambre d'hospitalisation	5: Réanimation	6: Autre
---------------------	--------------------	--------------------	------------------------------	----------------	----------

Si autre, précisez : .....

• Nature du saignement: 

1: Saignement extériorisé	2: Hémo-péritoine	3: Trouble hémodynamique
---------------------------	-------------------	--------------------------

Si autre, précisez : .....

• Volume de perte sanguine (ml) au diagnostic initial: ..... Méthode d'estimation utilisée: .....

Au diagnostic initial précisez: FC ..... TA systolique ..... TA diastolique .....

Délai entre diagnostic et décès: .....J et .....H

• Qui a été appelé ? **Cochez les cases correspondantes:**

	Interne en Obstétrique	Obstétricien	Anesthésiste	Autre intervenant
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, heure d'arrivée:	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....

Si autre intervenant, précisez: .....

## > PRISE EN CHARGE

• Gestes et monitoring

Si oui, précisez:

	Non	Oui	Heure	Lieu
Sondage urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Délivrance artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Révision utérine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Examen sous valves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Suture périnéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Massage de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Packing intra-utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ballon intra-utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Embolisation artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ligature vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Suture utérine hémostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Hystérectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Réchauffage de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
2ème voie d'abord veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cathéter veineux central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cathéter artériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....

en heures en jours

Si oui, indiquez la durée de VM: (si <72h) ..... (si >=72h) .....

Autre(s) geste(s):   Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....

Grid for coding with columns J, M, A and rows for H and Min.

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

**FICHE HEMORRAGIES OBSTETRIQUES (suite)**

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Traitements pharmacologiques (Ne pas inclure les traitements à visée préventive):

	Non	Oui	Heure à la 1ère admission	Quantité totale
Syntocinon® bolus iv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Syntocinon® perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Syntocinon® intra-mural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cytotec® rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cytotec® vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Nalador® IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Pabal® IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Exacyl®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Antibiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....

*Si oui, indiquez le(s)quel(s):* .....

N/O	Quantité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Solutés de remplissage et produits sanguins:

	Non	Oui	Heure à la 1ère administration	Quantité totale	
Cristalloïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....	
Colloïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....	
Albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....	
	Non	Oui	Heure de la demande	Heure à la 1ère administration	Quantité totale
Culots globulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....
Plasma frais congelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....
Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....
Fibrinogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....
Facteur VIIa (Novoseven®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....
Amines pressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... / .....	.....

N/O	Quantité			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
H	min	H	min	Quantité
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

• Refus de transfusion de la part de la patiente:

0: Non  1: Oui

• Examens biologiques:

*Si oui, indiquez l'heure et la valeur du 1er résultat :*

• Hémoecue:  0: Non  1: Oui

	<b>1er bilan</b>	<b>Paroxysme</b>
Date (jour, mois):	..... / .....	..... / .....
Heure (H, min):	..... / .....	..... / .....

	H	min	Quantité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	M	H	min
1er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
++	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er	Paroxysme		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Hémoglobine	.....	.....
Hématocrite	.....	.....
Plaquettes	.....	.....
Temps de prothrombine (%)	.....	.....
TCA ou TCK (ratio)	.....	.....
Fibrinogène (g/l)	.....	.....
D-Dimères, complexes solubles	.....	.....
Créatininémie	.....	.....

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents sur place, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

> EVOLUTION

• EVENEMENTS MORBIDES:

	Non	Oui	Heure	Lieu
Syndrome de détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Coagulopathie intra-vasculaire disséminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Etat de choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Arrêt cardiaque (précisez le nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	Nb .....
Embolie pulmonaire cruorique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Thrombose veineuse profonde (précisez le site)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	Site .....
Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	Site .....
Autre(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, indiquez le(s)quel(s):</i> .....	

• TRANSFERT:

0: Non  1: Oui

*Si oui, indiquez le lieu et la(es) cause(s):*

Lieu ..... Causes .....

*Si transfert en réanimation ou USI, durée du séjour en réa (en J):* .....

**Si oui, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

• CAUSE PRINCIPALE DE L'HEMORRAGIE

Atonie utérine	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Placenta prævia	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Placenta accreta, increta, percreta	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Embolie amniotique	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Hématome rétroplacentaire	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Coagulopathie	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Rupture utérine	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	<i>Si oui, précisez:</i>
Quand	<input type="checkbox"/> 1: Oui, avant travail <input type="checkbox"/> 2: Oui, pendant travail	Site: .....
		<i>Etait-elle traumatique?</i> <input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui
Extension de l'incision lors de la césarienne	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Extension lors de la césarienne d'une cicatrice de césarienne antérieure:	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Lésion traumatique: per césarienne:	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	<i>Si oui, précisez:</i> .....
	cervico-vaginale: <input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	
Autre cause:		
	<i>Si autre cause, spécifiez:</i> .....	

**Merci de joindre les compte rendus opératoires de césarienne, embolisation, ...**

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie amniotique:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

# FICHE EMBOLIE AMNIOTIQUE

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Date et heure des 1ers symptômes: / / H

• Moment de survenue: 

1: Avant travail	2: Pendant travail	3: Post-partum
------------------	--------------------	----------------

• Où ont-ils eu lieu ?

1: Salle de travail	2: Bloc opératoire	3: Salle de réveil	4: Chambre d'hospitalisation	5: Réanimation	6: Autre
---------------------	--------------------	--------------------	------------------------------	----------------	----------

Si *autre*, précisez : .....

Délai entre les 1ers symptômes et le décès: .....J et .....H

• Signes cliniques présentés:

	Non	Oui		Non	Oui
Angoisse subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du rythme cardiaque maternel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalie du rythme cardiaque fœtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysgueusie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si *autre*, précisez : .....

• Etat des membranes lors des premiers symptômes:

1: Intactes	2: Rompues
-------------	------------

Si *rompues*, précisez l'heure de la rupture : /

Si *rompues*, précisez : - si la rupture a été?

1: Spontanée	2: Artificielle
--------------	-----------------

- l'aspect du liquide amniotique

1: Clair	2: Teinté	3: Méconial
----------	-----------	-------------

• Examens et tests réalisés:

	Non	Oui		Non	Oui
Echocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavage broncho-alvéolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gazométrie artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angioscanner du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si *gazométrie faite*,

Date et heure

indiquez : 1er bilan PO2 ..... PCO2 .....

Paroxysme PO2 ..... PCO2 .....

> Bilans veineux: 1er bilan, lors de l'événement aigu Paroxysme

Date (jour, mois): ...../.....

Heure (H, min): ...../.....

Hémoglobine .....

Hématocrite .....

Plaquettes .....

Temps de prothrombine .....

TCA ou TCK (ratio) .....

Fibrinogène (g/l) .....

D-Dimères, complexes solubles .....

Créatininémie .....

J <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
H <input type="checkbox"/>	Min <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		J <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
J <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Min <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	EDT <input type="checkbox"/>	Gaz <input type="checkbox"/>	Angio <input type="checkbox"/>
1er bilan		Paroxysme	
J <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
H <input type="checkbox"/>	Min <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Min <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie amniotique:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie pulmonaire:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

Précisez ci-dessous les conclusions principales

*(en l'absence de compte rendu d'autopsie)*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie pulmonaire:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

Précisez ci-dessous les conclusions principales

*(en l'absence de compte rendu d'autopsie)*

## FICHE EMBOLIE PULMONAIRE (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Traitement de l'embolie pulmonaire: *Si oui, précisez: Date et heure de la 1ère administration et le service prescripteur (SAMU, urgence, réa)*

Fibrinolytiques (Urokinase, tpA)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
AVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
Héparine sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
Héparine IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h

<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>	M
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◊ Traitements associés

Dopamine, Dobutamine   *Si autre, précisez:*

Autre(s)   .....

<input type="checkbox"/>

◊ Chirurgie

0: Non	1: Oui
--------	--------

◊ Circulation extracorporelle

0: Non	1: Oui
--------	--------

◊ Antécédent familial de TEV

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Thrombophilie:

0: Non	1: Oui	2: Recherche non contributive	3: Non recherchée
--------	--------	-------------------------------	-------------------

*Si oui:* - Connue avant l'embolie

- Découverte à l'occasion de l'accident

- Type: Déficit en protéine C

Déficit en protéine S

Déficit en antithrombine III

Mutation du facteur V

Autre(s)   *Si oui, précisez:*

<input type="checkbox"/>

**Si thrombophilie connue, veuillez remplir la fiche de pathologie préexistante page 49**

**Si transfert en réanimation ou USI ou surveillance continue, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur la prééclampsie ... :**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les signes maternels et fœtaux manifestés, le personnel mobilisé, le traitement entrepris ...*

*Détaillez l'évolution des résultats, les décisions prises*

**FICHE PREECLAMPSIE SEVERE, ECLAMPSIE ET HELLP SYNDROME**

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

Délai entre les premiers symptômes de l'épisode aigu et le décès: .....J et .....H

Délai entre le diagnostic et le décès: .....J et .....H

• Accident aigu inaugural:  0: Non  1: Oui

Si oui, Date et heure de survenue: \_\_\_\_\_ H

**Si non, indiquez:**

	Non	Oui	AG au diagnostic (en SA)	TA au diagnostic
- HTAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	..... / .....
- Pré-éclampsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	..... / .....
- Pré-éclampsie sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	..... / .....

- Y a-t-il eu un traitement avant l'épisode aigu?

0: Non  1: Oui Si oui, indiquez:

l'AG (en SA) au début du traitement: ..... le type de traitement: .....

La tension artérielle a-t-elle été normalisée sous traitement?  0: Non  1: Oui

**> EPISODE AIGU**

• TA maximale observée lors de cet épisode aigu:

Systolique: ..... Diastolique: ..... A quel AG (en SA)? .....

• Troubles, symptômes survenus chez la patiente:

	Non	Oui		Non	Oui
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs abdominales basses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs de l'épigastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œdèmes périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Métrorragies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oligoanurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) trouble(s) neurologique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si autres troubles neurologiques, lesquels:

Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cyanose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si autre, précisez:	.....

• Pathologie présente chez la patiente:

Hématome rétroplacentaire	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	HELLP syndrome	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui
Eclampsie	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui	Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> 0: Non <input type="checkbox"/> 1: Oui

Date et heure de survenue: ..... / ..... / .....

**En cas d'AVC, veuillez remplir la fiche "accident vasculaire cérébral" située page 47**

• Signes fœtaux:

RCIU connu:  0: Non  1: Oui Anomalies du rythme cardiaque fœtal:  0: Non  1: Oui

Mort fœtale in utero:  0: Non  1: Oui

Grid for coding and data entry:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	M	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		AG	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
J	M	H	Min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur la prééclampsie ... :**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les signes maternels et fœtaux manifestés, le personnel mobilisé, le traitement entrepris ...*

*Détaillez l'évolution des résultats, les décisions prises*

**FICHE PREECLAMPSIE SEVERE, ECLAMPSIE, HELLP SYNDROME (SUITE)**

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

- Examens biologiques: (Joindre une photocopie des bilans biologiques)

Paroxysme

Date (jour, mois): ..... / .....

Heure (H, min): ..... / .....

Protéinurie .....

Hémoglobine .....

Hématocrite .....

Plaquettes .....

Temps de prothrombine .....

TCA ou TCK (ratio) .....

Fibrinogène (g/l) .....

Créatinine .....

D-Dimères, complexes solubles .....

LDH .....

ASAT .....

ALAT .....

Haptoglobine .....

Schizocytes .....

- Imagerie cérébrale:

Date et heure

Scanner 

0: Non	1: Oui, sans anomalie détectée	2: Oui, avec anomalie détectée
--------	--------------------------------	--------------------------------

 .....

IRM 

0: Non	1: Oui, sans anomalie détectée	2: Oui, avec anomalie détectée
--------	--------------------------------	--------------------------------

 .....

**Si anomalie(s) détectée(s), détaillez sur la page de gauche**

- Un traitement antihypertenseur a-t-il été entrepris, ou modifié?

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, indiquez: la date et l'heure au début du traitement: ..... / ..... / .....

le type de traitement: .....

- Autres traitements:

	Non	Oui		Non	Oui
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autre, précisez: .....

- Prise en charge obstétricale de la patiente:

Tocolytiques 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Déclenchement 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Césarienne 

0: Non	1: Oui
--------	--------

**Si oui, détaillez sur la page de gauche, le traitement et les décisions**

- Un examen anatomopathologique du placenta a-t-il été réalisé ?

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, précisez les résultats: .....

- La patiente a-t-elle été transférée en réanimation, unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue?

0: Non	1: Oui
--------	--------

**Si oui, veuillez remplir la fiche "réanimation" située page 55**

J		M	
---	--	---	--


J		M	



--	--	--	--	--

--

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'infection:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris ...*

## FICHE INFECTION GRAVE

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

• Date et heure d'apparition des premiers symptômes ..... / ..... / ..... H .....

Délai entre premiers symptômes et décès (en jour et heures): .....J et .....H

Service où a été établi le diagnostic: .....

• Diagnostic (détaillez site et micro organisme): .....

Délai entre le diagnostic et le décès (en jour et heures): .....J et .....H

• Etat de la patiente:      Date (jour, mois):      Heure (H, min):      Valeur

Température      Maximale ..... / ..... / ..... / ..... °C

                                 Minimale ..... / ..... / ..... / ..... °C

Fréquence cardiaque      Maximale ..... / ..... / ..... / .....

Fréquence respiratoire      Maximale .....

SpO2      Minimale .....

Pression artérielle      Systolique ..... / ..... / ..... / .....

                                 Diastolique ..... / ..... / ..... / .....

Apparition de douleurs      Si oui, date et heure: ..... / ..... / ..... / .....

0: Non    1: Oui

• Examens sanguins pratiqués: (Joindre la photocopie des bilans)

Paroxysme

Date (jour, mois): ..... / .....

Heure (H, min): ..... / .....

Numération globules blancs .....

Hémoglobine .....

Hématocrite .....

Plaquettes .....

Temps de prothrombine .....

TCA ou TCK (ratio) .....

Créatinine .....

D-Dimères, complexes solubles .....

LDH .....

ASAT .....

ALAT .....

CRP .....

Lactatémie .....

J	M	A	
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	
		[ ][ ]	[ ][ ]
			[ ]
[ ]	[ ][ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ]
			[ ][ ]
J	M		
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	, [ ] °C
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	, [ ] °C
[ ][ ]	[ ][ ]		[ ][ ][ ]
[ ][ ]	[ ][ ]		[ ][ ]
[ ][ ]	[ ][ ]		[ ][ ]
[ ][ ]	[ ][ ]		[ ][ ][ ]
[ ][ ]	[ ][ ]		[ ][ ][ ]
[ ]			
[ ][ ]	[ ][ ]		
J	M		
Par [ ][ ]	[ ][ ]		

## OBSERVATIONS

### Commentaires sur l'infection:

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète le personnel mobilisé, les traitements entrepris, les décisions prises ...*

## FICHE INFECTION GRAVE (SUITE)

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

• Examens microbiologiques pratiqués: Préciser si positif, et le micro organisme:

Urines	0: Non	1: Oui	
Prélèvement vaginal	0: Non	1: Oui	
Hémoculture	0: Non	1: Oui	
Lavage broncho-alvéolaire	0: Non	1: Oui	
LCR	0: Non	1: Oui	
Autre(s)	0: Non	1: Oui	

*Si autre, précisez le site et les agents:* .....

### Si examens microbiologiques anormaux, détaillez sur la page de gauche

• Facteur d'immunodéficience préexistant: 0: Non    1: Oui

*Si oui, précisez lequel:* .....

• Infection d'origine nosocomiale: 0: Non    1: Oui

• Complications survenues:	Non	Oui		Non	Oui
Choc septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SDRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles myocardiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécrose tissulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Si autre, précisez :* .....

• Traitements entrepris:

	Non	Oui	Type traitement	
Antibiotiques initiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Modification d'antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez laquelle et la date	..... / .....
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Amines pressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Si autre, précisez :* .....

Si grippe avérée, la patiente avait-elle été vaccinée: 0: Non    1: Oui    2: NSP

Si oui, date: ..... / .....  
Si non, pourquoi: .....

• Antibiothérapie prophylactique systématique 0: Non    1: Oui

*Si oui, précisez les circonstances:*

Césarienne	0: Non	1: Oui	Révision utérine	0: Non	1: Oui
Portage de strepto B	0: Non	1: Oui	Autre(s)	0: Non	1: Oui

*Si autre, précisez :* .....

N/O					Germes
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N/O			Type
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Si transfert en réanimation, USI ou surveillance continue, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'AVC:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

# FICHE ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Date et heure des 1ers symptômes: ..... / ..... / ..... H .....

Délai entre les premiers symptômes et le décès (en jour et heure): .....J .....H

• Où ont-ils eu lieu ? 1: Etablissement hospitalier 2: Domicile 3: Voie publique 4: Autre

Si autre, précisez: .....

Si symptôme en post partum, la patiente avait elle une prescription d'inhibiteur de la lactation? 0: Non 1: Oui Si oui, lequel: .....

• La patiente a-t-elle présenté les symptômes suivants:

	Non	Oui		Non	Oui
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si autre, précisez : .....		

Des symptômes ont-ils été présents plus de 24 heures? 0: Non 1: Oui

• Pression artérielle

La patiente a-t-elle présenté l'un des épisodes aigus suivants:

Hypotension 0: Non 1: Oui Hypertension 0: Non 1: Oui

- Chiffres les plus bas enregistrés de la pression artérielle:

Systolique: ..... Diastolique: .....

Date et heure de survenue: ..... / ..... / .....

- Chiffres les plus hauts enregistrés de la pression artérielle:

Systolique: ..... Diastolique: .....

Date et heure de survenue: ..... / ..... / .....

> Diagnostic fait avant le décès? 0: Non 1: Oui

Si oui: délai entre le diagnostic et le décès (en jour et heure): .....J .....H

• Date et heure du diagnostic: ..... / ..... / .....

• Examens réalisés:

	Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui
Scanner cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angiographie cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scanner injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si autre, précisez :		

## Veillez joindre un compte rendu des examens pratiqués

• Pathologies présentes:

Malformation vasculaire 0: Non 1: Oui Tumeur 0: Non 1: Oui

• Type d'accident vasculaire cérébral survenu:

Ischémie cérébrale 0: Non 1: Oui Hémorragie intraparenchymateuse 0: Non 1: Oui

Thrombose veineuse cérébrale 0: Non 1: Oui Hémorragie sous-arachnoïdienne 0: Non 1: Oui

Dissection carotidienne 0: Non 1: Oui inondation intraventriculaire 0: Non 1: Oui

• Pathologies diagnostiquées au cours de la grossesse ou après sa terminaison :

Thrombophilie ou coagulopathie 0: Non 1: Oui HTA gravidique 0: Non 1: Oui

• Traitement entrepris:

Thrombolyse: 0: Non 1: Oui ..... / ..... h

Traitement chirurgical ou endovasculaire : 0: Non 1: Oui ..... / ..... h

Si oui, précisez : .....

**Si transfert en réanimation, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

**En cas d'autopsie, veuillez joindre une copie du compte rendu**

	J	M	A
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVATIONS

### Commentaires sur la maladie chronique:

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

#### Liste indicative (non restrictive) des pathologies concernées:

- ◇ Cardiopathie congénitale ou acquise
- ◇ Maladie inflammatoire ou auto-immune: Lupus, Maladie de Crohn, ...
- ◇ Maladie du tissu conjonctif: Syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, ...
- ◇ Maladie respiratoire: Asthme, BPCO, ...
- ◇ Pathologie mentale pré-existante (remplir la fiche dédiée page 49)
- ◇ Maladie endocrinienne: Hyperthyroïdie, Diabète, ...
- ◇ Maladie hématologique: Drépanocytose, ...
- ◇ Infection chronique: VIH, hépatite virale,
- ◇ Cancer

Remplir la fiche si le décès est en rapport avec la pathologie, ou si la pathologie a contribué au décès, même si le diagnostic a été fait pendant la grossesse

> PATHOLOGIE

- Nom de la pathologie (2 possibles): .....
- Contexte pathologique familial  0: Non  1: Oui Si oui, détaillez: .....
- Moment du diagnostic:  1: Avant la grossesse  2: Pendant la grossesse

> SI LA MALADIE ETAIT CONNUE AVANT LE DEBUT DE LA GROSSESSE:

- Date du diagnostic: ..... / ..... / .....
- Y avait-il une prise en charge spécialisée?  0: Non  1: Oui Si oui, précisez la spécialité : .....
- Date de la dernière consultation: ..... / ..... / .....
- Equilibre de la pathologie avant le début de la grossesse:
  - Y avait-il un traitement en cours?  0: Non  1: Oui Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....
  - Y avait-il des atteintes viscérales constituées?  0: Non  1: Oui Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....
  - La maladie était-elle stabilisée?  0: Non  1: Oui
  - Y avait-il eu un épisode aigu, une décompensation avant le début de la grossesse?  0: Non  1: Oui
  - Si épisode aigu, décompensation indiquez, la date de l'épisode: ..... / ..... / .....
  - la nature de l'épisode: .....
- Avis médical avant le début de la grossesse:  0: Non  1: Oui  2: non documenté Si oui, la grossesse avait-elle été formellement contre-indiquée?  0: Non  1: Oui  2: non documenté

> AU COURS DE LA GROSSESSE ET AVANT LA DECOMPENSATION FATALE:

- AG au moment du diagnostic (si fait en cours de grossesse): ..... (SA)
- Surveillance spécialisée de la maladie en cours de grossesse:  0: Non  1: Oui Si oui, indiquez la fréquence des consultations: .....
- Discussion d'IMG  0: Non  1: Oui  2: non documenté
- Modification du traitement de la maladie en cours de grossesse:  0: Non  1: Oui Si oui, détaillez : .....
- Le traitement de la maladie était-il une contre-indication à la grossesse?  0: Non  1: Oui
- Evolution de la maladie: Y a-t-il eu décompensation?  0: Non  1: Oui Si oui indiquez, la date de la décompensation: ..... / ..... / ..... la nature de la décompensation: ..... l'existence d'une hospitalisation:  0: Non  1: Oui

> DECOMPENSATION AYANT CONDUIT AU DECES:

- Date de début de la décompensation: ..... / ..... / .....
- Nature de la décompensation: .....
- Hospitalisation ¥  0: Non  1: Oui

Grid for coding the pathology and pregnancy details.

AG

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

✗En cas d'hospitalisation, veuillez remplir la fiche hospitalisation-transfert page 19

**Commentaires sur le suicide:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

## FICHE SUICIDE

### I. CONTEXTE AVANT LA GROSSESSE

Un trouble psychiatrique était-il diagnostiqué avant la grossesse?  0: Non  1: Oui

Si oui, diagnostic: ..... Age au diagnostic: .....

Suivi spécialisé:  0: Non  1: Oui

Si oui par qui?  1: CMP  2: Psychiatre libéral  3: Psychiatre hospitalier  4: Autre Si autre, précisez: .....

Traitement médicamenteux:  0: Non  1: Oui

Si oui, lequel? ..... Observance:  1: Oui  2: Non  3: Partielle

Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie:  0: Non  1: Oui

Si oui, date de la dernière hospitalisation: .... / .... Motif: .....

Sous quel mode:  1: libre  2: demande d'un tiers  3: demande du représentant de l'état

Trouble du comportement alimentaire  0: Non  1: Oui

Si oui, lequel? .....

Existence d'antécédent de passage à l'acte auto agressif?  0: Non  1: Oui

Si oui, préciser le type: ..... Date: .... / .....

#### Contexte familial

Antécédents familiaux au 1er degré de trouble psychiatrique?  0: Non  1: Oui

Si oui, lequel? .....

Conjoint au courant de la pathologie de la femme?  0: Non  1: Oui

Conjoint atteint d'une pathologie psychiatrique?  0: Non  1: Oui

Conjoint violent?  0: Non  1: Oui

Si autres enfants: présents au domicile?  0: Non  1: Oui

Si non, enfants en placement?  0: Non  1: Oui

### II. PERIODE PRENATALE

Nouvel épisode psychiatrique pendant la grossesse (ou exacerbation du trouble préexistant):  0: Non  1: Oui

Si oui, diagnostic: ..... Terme(en SA): .....

Passage à l'acte auto agressif (avant le suicide):  0: Non  1: Oui

Si oui, terme(en SA): .....

Prise en charge spécifique pendant la grossesse:  0: Non  1: Oui

Si oui: Modification thérapeutique:  0: Non  1: Oui

Si oui, préciser: .....

Consultations spécialisées pendant la grossesse:  1: CMP  2: Psychiatre en maternité  3: Autres

Nombres de consultations: ..... Si autres, préciser: .....

Coordination psychiatre référent/maternité/psychiatre maternité:  0: Non  1: Oui

Suivi spécifique à domicile:  0: Non  1: Oui Si oui, par qui: .....

Fréquence des visites (par semaine): .....

Hospitalisation psychiatrique pendant la grossesse:  0: Non  1: Oui

Date de la dernière hospitalisation: .... / .... Terme(en SA): .....

Motif: ..... Service: .....

Sous quel mode:  1: libre  2: demande d'un tiers  3: demande du représentant de l'état

Risque de psychose du post partum identifié:  0: Non  1: Oui

Prise de toxique pendant la grossesse:  0: Non  1: Oui Si oui, lesquels: .....

Prise en charge spécifique addictologique pendant la grossesse:  0: Non  1: Oui

Formule de saisie pour les données de la fiche. Elle est présentée sur un fond vert clair et comprend des cases à cocher ou à sélectionner pour chaque question, ainsi que des cases pour saisir des dates et des chiffres.

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur le suicide:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*



## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

# FICHE REANIMATION

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

Remplir la fiche s'il y a eu une prise en charge réanimatoire en établissement, avec ou sans séjour en réanimation/USI

## > Y A-T-IL EU DES GESTES REANIMATOIRES AVANT L'ARRIVEE DANS LE SERVICE?

0: Non 1: Oui

Si oui, indiquez:

- La date et l'heure à laquelle ils ont été pratiqués:

..... / ..... / ..... H .....

- Ont-ils eu lieu dans un établissement? 0: Non 1: Oui Si oui, indiquez:

- s'il s'agit 1: Du même établissement 2: D'un autre établissement

Précisez le service: .....

- Ont-ils eu lieu hors d'un établissement? 0: Non 1: Oui Si oui, précisez:

.....

- Indications: (2 possibles) .....

- Qualification de l'intervenant: .....

- Etat de la patiente au moment des premiers gestes réanimatoires:

Glasgow: ..... Fréquence cardiaque: ..... Fréquence respiratoire: .....

Pression artérielle (mm/Hg): Systolique: ..... / Diastolique: ..... SpO2: .....

- Gestes réanimatoires pratiqués:

Application d'oxygène: 0: Non 1: Oui Si oui, quantité: (O2 l/min): .....

Ventilation non invasive: 0: Non 1: Oui Intubation: 0: Non 1: Oui

Massage cardiaque externe: 0: Non 1: Oui Défibrillation: 0: Non 1: Oui

Abord veineux: 0: Non 1: Oui, central 2: Oui, périphérique

Si oui, précisez:

Remplissage 0: Non 1: Oui Type de produits et quantité: .....

Catécholamines 0: Non 1: Oui

Autres médicaments 0: Non 1: Oui Type et dose: .....

Autre(s) intervention(s), à préciser: .....

- Transfert en unité de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue: 0: Non 1: Oui

Si oui, indiquez l'heure du transfert: ..... H .....

## > HOSPITALISATION EN UNITE DE REANIMATION, SOINS INTENSIFS OU SURVEILLANCE CONTINUE\*

- Date et heure de l'admission en réanimation: ..... / ..... / ..... H .....

Service de provenance: 1: Admission Directe 2: Urgence 3: Chirurgie 4: Obstétrique 5: Autre Réa 6: Autres

- Nature de l'unité: 1: Surveillance continue 2: Soins intensifs 3: Réanimation Si 6, lequel: .....

Si réanimation, précisez le type: 1: Réa chirurgicale 2: Réa médicale 3: Réa polyvalente

- Diagnostic à l'arrivée: ..... (2 possibles) .....

Merci de joindre une copie du dossier de réanimation

\* si plusieurs hospitalisations dans différents services de réanimations ou soins intensifs, remplir une fiche par service

Grid for coding (J, M, A, H, Min) with empty boxes for data entry.

## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

## FICHE REANIMATION (suite)

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

• Etat de la patiente en réanimation:

	Bilan à l'arrivée	Episode le plus critique	
	Valeurs	Valeurs	Date et heure (J, M, H, min):
Score de Glasgow	.....	.....	.....
Fréquence cardiaque	.....	.....	.....
Fréquence respiratoire	.....	.....	.....
Pression artérielle	.....		
Systolique	.....	.....	.....
Diastolique	.....	.....	.....
Température	.....	.....	.....
SpO2	.....	.....	.....
Score d'IGS II	.....	.....	.....

	arrivée	critique	
Glasgow	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	J	M	
FC	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FR	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
S	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	J	M	
D	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
T	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> °, <input type="text"/> <input type="text"/> °
SpO2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
IGS	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

• Monitoring et assistance:

	Présent à l'arrivée en réa	Fait en réa	<i>Si fait en réa, précisez la date et l'heure:</i>
	<i>Cochez les cases correspondantes</i>		
Pression veineuse centrale	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
Pression artérielle invasive	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
Intubation/ventilation assistée	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
Ventilation non invasive	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
Echographie cardiaque	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
Autre(s)	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....

Si autres, précisez: .....

	présent N/O	fait N/O	
	J	M	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transfusion	Non	Oui	Date et Heure à la 1ère admission	Quantité totale
Culots globulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Plasma frais congelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Fibrinogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....

	J	M	Quantité
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

## FICHE REANIMATION (suite)

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

• **Traitements entrepris:**

*Précisez:*

	Non	Oui	
Anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Amines pressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Expiration extra-rénale	0: Non	1: Oui	<i>Si oui, indiquez la date et l'heure:</i> ...../...../.....
ECMO	0: Non	1: Oui	...../...../.....
Autre(s) traitement(s)	0: Non	1: Oui	<i>Si oui, précisez:</i> .....

• **Complications apparues pendant le séjour:**

*Précisez:*

Infectieuses	0: Non	1: Oui	.....
Thromboemboliques	0: Non	1: Oui	.....
Accidentelles (auto extubation)	0: Non	1: Oui	.....
Nombre d'arrêt(s) cardiorespiratoire(s) ( <i>en dehors du dernier</i> ):	.....		
Autre(s)	0: Non	1: Oui	.....

• **Nombre de jours en réanimation:** .....

Date et heure de sortie de l'unité de réanimation

...../...../.....

Issue du séjour en réanimation	Transfert	0: Non	1: Oui	<i>Si oui, vers quel service?</i>
--------------------------------	-----------	--------	--------	-----------------------------------

Décès	0: Non	1: Oui
-------	--------	--------

• **Diagnostic de sortie:**

*Détaillez:*

.....

.....

.....

	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>							J	M
	<input type="checkbox"/>							J	M
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								

**CONCLUSION**  
***AVIS DES ASSESSEURS***

**Sur l'enchaînement des événements ayant conduit au décès:**

**Sur la cause du décès:**



## AVIS SUR LE DEROULEMENT DE LA MISSION

oui non

- Avez vous rencontré des difficultés pour organiser la visite sur site?

Si oui, détaillez:

- Vous êtes vous déplacés sur le lieu du décès (établissement)?

Si non, pourquoi?

Sur un autre lieu:

Si oui, qui vous a accueillis?

Comment qualifieriez vous l'accueil que vous avez reçu par l'équipe soignante?

- Avez vous consulté les documents suivants? (oui/ non/ non applicable au cas)

Oui Non NA

Oui Non NA

- Dossier de surveillance prénatale

- Compte rendu césarienne

- Partogramme

- Compte rendu d'accouchement

- Fiche(s) d'anesthésie

- Compte rendu opératoire

- Dossier de soins infirmiers

- Compte rendu du séjour en réanimation

- Examens biologiques

- Rapport d'autopsie

- Fiche d'intervention SAMU

- Compte rendu RMM

Pour les documents non consultés, détaillez les raisons (dossier perdu, dossier dans un autre établissement, refus d'accès...):

- Détaillez d'autres difficultés rencontrées:

Avez vous des propositions pour améliorer le déroulement de vos futures missions d'assesseurs?

### Assesseur gynécologue-obstétricien/ sage-femme

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

### Assesseur anesthésiste-réanimateur

Nom :

Adresse :

Téléphone:

Courriel :

Date d'envoi du dossier à l'Inserm: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nous vous remercions pour votre contribution au dispositif national d'étude de la mortalité maternelle.