FICHE RÉGIONALE DÉCLARATIVE EIGS - EIAS

Nom de l'établissement :

Nom et e-mail de la personne signalant :

Date de survenue :

A ADRESSER par messagerie sécurisée à l'adresse :

Identification : *N° Établissement (chiffre)/ N° d'ordre / Année* **Fiche N° __ __/__ __ / 202__**

EIGS (Transmettre fiche déclarative EIGS + une copie au réseau de périnatalité du volet 1 envoyé à l'ARS)

LA MERE	L'ENFANT
☐ **Décès maternel**, quelle qu'en soit la cause, du 1er jour de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement Y compris décès au décours d'une **IVG**	☐ **Décès** per partum, néonatal précoce ou survenant dans les suites de la naissance **jusqu'à J28 (et <u>inattendu</u> <u>au regard de la pathologie</u>) nouveau-né ≥ 32 SA**
☐ **Mise en jeu du pronostic vital** <u>inattendu</u> au regard de la pathologie ☐ **Arrêt cardio respiratoire**, ☐ **Choc anaphylactique,** ☐ **Erreur médicamenteuse** ayant entrainé un transfert en réanimation, et/ou une invalidité permanente… ☐ Complications maternelles lors **d'accouchement à domicile** ☐ A décours d'une **IVG** ☐ Autres….	☐ **Mise en jeu du pronostic vital et/ou** probable **déficit fonctionnel permanent** au regard de la pathologie (≥ 22 SA) ☐ **Suspicion Encéphalopathie Anoxo Ischémique** (*ayant nécessité un transfert en service de réanimation néonatale pour la prise en charge de la détresse neurologique +/- mise en hypothermie*, ☐ **Traumatisme obstétrical grave**, ☐ Complication grave lors d'une réanimation ☐ **Erreurs médicamenteuses**, erreur de voie d'administration d'un médicament ou d'un soluté, ☐ **Infections nosocomiales** graves ☐ **Malaise grave en salle de naissance** ou en maternité ayant entrainé le décès et/ou le transfert en réanimation ☐ Complications néonatales dans un contexte **d'accouchement à domicile** accompagné ou non ☐ Autres…
☐ Probable **déficit fonctionnel** permanent inattendu au regard de la pathologie ☐ Hémorragie obstétricale grave ayant nécessité une **hystérectomie d'hémostase** ☐ Au décours d'une **IVG** ☐ Autres….	

EIAS (Transmettre fiche déclarative EIAS + la fiche spécifique de renseignements au réseau de périnatalité Cf. verso)

LA MERE	L'ENFANT
☐ **Hémorragie obstétricale** grave ayant nécessité une **embolisation** et/ou **gestes d'hémostase** chirurgicaux et/ou un **transfert/mutation** hors du service maternité ☐ **Autre cas** présentant un intérêt	☐ Naissance **Outborn** (naissance en milieu inadapté) ☐ Les morts fœtales spontanées (MFS -ex **MIU),** y compris les MFS « consenties » ☐ **Autre cas** présentant un intérêt

Signalement (Transmettre fiche déclarative au réseau de périnatalité avec résumé évènement cf. verso)

Signalement : Décès survenus à partir de <u>36+0 SA</u>, grossesse unique dont :

- ☐ Les enfants nés sans vie, suite à une interruption médicale de grossesse **(IMG)** ;
- ☐ Les **décès en maternité « consentis »** *suite à une décision du CPDPN*

DESCRIPTION / RESUME DE L'EVENEMENT
En cas d'EIAS et/ou SIGNALEMENT :

- « Hémorragie obstétricale grave ayant nécessité une embolisation et/ou gestes d'hémostase chirurgicaux… » ➔ Le **compte rendu** **ANONYMISE** de la prise en charge de l'HPP doit être joint **obligatoirement**
- En cas de naissance « Outborn » ou de « mort fœtale », UTILISER les fiches spécifiques
- Autre cas présentant un intérêt OU signalement IMG et décès en maternité « consentis ➔ Encarts ci-dessous à utiliser

Etablissement de soins

- Analyse réalisée en staff ☐ OUI ☐ NON
  PEC jugée conforme ☐ OUI ☐ NON
  ☐ Evitable ☐Probablement évitable ☐Probablement inévitable ☐ Inévitable

- Décision de RMM interne à l'établissement ☐ OUI ☐ NON
  Date : _____
  CR réalisé et transmis au DSRP : ☐ OUI ☐ NON

DSRP/ Antenne locale

- Besoin d'informations complémentaires ☐ OUI ☐ NON
- Souhaits de mise en place d'une RMM interne à l'établissement ☐ OUI ☐ NON
- Date : _____
- CR : ☐ OUI ☐ NON