DSRP AuRA - FICHE HPP

Fiche déclarative régionale	N° ……/……../ 20__
Ne pas remplir, réservé coordination :	N° : 20__-|__|__|

Maternité d'accouchement : .....

Date accouchement : |__|__| |__|__| |__|__| AG : |__|__| SA +|__| j

I. TRAVAIL – ACCOUCHEMENT - DELIVRANCE

Présence des facteurs de risques d'HPP OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquels ?.....

Travail : Quantité totale d'oxytocine administrée pendant le travail |_____| UI

Modalité d'**accouchement** :

VBS ☐ VBI ☐ Césarienne Prophylactique ☐
En cours de travail ☐

Délivrance : |_____h_____|

☐ Délivrance spontanée
☐ Délivrance artificielle : |_____h_____|
☐ Administration Préventive d'utéro tonique OUI ☐ NON ☐ |_____| UI
☐ OXYTOCINE ☐ PABAL

Evaluation de la déperdition sanguine OUI ☐ NON ☐

☐ Oxytocine en intraveineux post--accouchement (perfusion d'entretien)

Nb total d'unités administrées avant diagnostic HPPI |_____|

Surveillance post accouchement 2 heures OUI ☐ NON ☐

II. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

Heure Diagnostic HPP : |_____h_____|

Pertes sanguines estimées au diagnostic : _____

Appel obstétricien (senior) OUI ☐ NON ☐ |____h____| Arrivé à |____h____|
Appel anesthésiste OUI ☐ NON ☐ |____h____| Arrivé à |____h____|
Autres : …….

Type d'analgésie

☐ Aucune ☐ APD ☐ Rachianesthésie ☐ AG

Délivrance artificielle réalisée OUI ☐ NON ☐ Heure : |_____h_____|

Révision utérine réalisée OUI ☐ NON ☐

Heure de la 1ère révision utérine : |_____h_____|

Nombre total de révisions utérines |_____|

Sondage urinaire : OUI ☐ NON ☐ Heure : |_____h_____|

Massage utérin : OUI ☐ NON ☐

Examen de la filière génitale sous valve : OUI ☐ NON ☐ Heure :|_____h_____|

Oxytocine :

Nb d'unités passées dans la 1ère ½ heure |_____|

Exacyl

1ère administration : OUI ☐ NON ☐ Heure |_____h_____|

Oxygénothérapie/monitorage/remplissage, réchauffement OUI ☐ NON ☐ Heure |_____h_____|

Pose d'une 2nde voie veineuse OUI ☐ NON ☐

III. SI PERSISTANCE > 30 MIN APRES LE DEBUT DE TRAITEMENT ou HPP SEVERE

1) Bilans biologiques et transfusion

	Résultats /Horaires								
BILAN	Hémocue								
	Hb								
	Plaquettes								
	TP / TCA								
	Fibrinogéne								

Concentré globules rouges

Heure de commande |_____h_____|

Heure de la 1ère transfusion |_____h_____|

Quantité totale transfusée |_____|

Plasma frais congelé

Heure de commande |_____h_____|

Heure de la 1ère transfusion |_____h_____|

Quantité totale transfusée |_____|

2) Traitements pharmacologiques

Nalador

1ère administration : |_____h_____|

Dose totale administrée (gr) |_____|

Exacyl

1ère administration : |_____h_____|

Dose totale administrée (gr) |_____|

Fibrinogène

1ère administration : |_____h_____|

Dose totale administrée (gr) |_____|

Noradrénaline

1ère administration : |_____h_____|

Dose totale administrée (gr) |_____|

3) Autres actions :

Sondage urinaire à demeure OUI ☐ NON ☐ Heure :|_____h_____|

Ballon de tamponnement OUI ☐ NON ☐ Heure :|_____h_____|

Recherche d'une hémodynamique instable ou choc maternel hypovolémique OUI ☐ NON ☐

4) Actes chirurgicaux et/ou radiologiques

Embolisation OUI ☐ NON ☐

Décision |_____h_____|

Réalisation |_____h_____|

En cas de césarienne ou d'utérus cicatriciel : Reprise chirurgicale OUI ☐ NON ☐

Décision |_____h_____|

Réalisation |_____h_____|

Ligature vasculaire OUI ☐ NON ☐

Si oui, laquelle ……

Décision |_____h_____|

Réalisation |_____h_____|

Hystérectomie OUI ☐ NON ☐ ➔ **DECLARATION EIGS - ARS**

IV.SYNTHESE

Volume total estimé de la perte sanguine |_____|

Heure d'arrêt de l'hémorragie : |_____h_____|

Transfert maternel **en réanimation** OUI ☐ NON ☐

Diagnostic étiologique posé par l'équipe

- ☐ Atonie utérine
- ☐ Plaie de la sphère génitale – *Préciser* _____
- ☐ Thrombus vaginal
- ☐ Hystérotomie hémorragique
- ☐ Rétention placentaire
- ☐ Rupture utérine
- ☐ HRP
- ☐ Anomalie placentaire *(A préciser* _____)
- ☐ Autres (*A préciser* _____)

V. ANALYSE PAR LA MATERNITE:

A. La prise en charge de l'HPP vous semble-t-elle conforme aux recommandations ?

OUI ☐ **NON** ☐

Si NON pourquoi ?

B. L'HPP était-elle potentiellement évitable ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si OUI : quelle(s) action(s) aurai(en)t pu l'éviter ?

C. Avez-vous discuté ce dossier en staff local obstétrical? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si OUI : quelle(s) action(s) avez-vous proposé ?

Commentaires libres: