

# RESEAU PERINATAL ALPES – ISERE

## Fiche de signalement Registre MORBIDITE-MORTALITE

⇒ Mail au RPAI :

SageFemmeCoordRPAI@chu-grenoble.fr  
**ou** SecretariatReseauPerinatal@chu-grenoble.fr

Date et heure (accouchement) : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | à | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | h | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Etablissement déclarant :  Cl. Belledonne  Cl. Cèdres  CHU  Cl. Mutualiste  CH VOIRON

Etablissement où est né l'enfant | \_\_\_\_\_ |

► Mère Nom | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | (n'indiquer que les 3 premières lettres du nom) Prénom | \_\_\_\_\_ |

Date de naissance : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

► Enfant Nom | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | (n'indiquer que les 3 premières lettres du nom) Prénom | \_\_\_\_\_ |

① Ces données resteront confidentielles, le dossier est anonymisé dès réception.

N°| \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

### Partie à remplir par le service d'origine

N°| \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Concerne :

#### La mère

- Geste d'hémostase (joindre la fiche d'observation HPP)
  - Hystérectomie ou geste chirurgical
  - Embolisation
- Transfert en réanimation ou soins intensifs
- Décès dans le mois suivant l'accouchement
- Autre cas présentant un intérêt

Décès ou mise en jeu du pronostic vital et / fonctionnel au décours

- IVG
- PMA

#### L'enfant

- Encéphalopathie anoxo-ischémique à terme transféré en réanimation
- Méningite néonatale à terme transférée en réanimation
- Décès nouveau-né à terme né vivant et décédé entre J0 et J28
- Décès nouveau-né prématuré (> 22 SA et/ou > 500gr) né vivant et décédé pendant son hospitalisation
- Décès per-partum (fœtus pour lequel on a preuve de vie pendant le travail et qui naît sans vie)
- Naissance en type inadapté : NNé vivant et viable ≥ 24SA et né < 32 SA en type 1 et 2 A (MFIU et IMG exclus)
- Enfant né vivant porteur d'une Trisomie 21
- Autre cas présentant un intérêt

### Description résumée de l'événement :

Intérêt du dossier :  faible  modéré  fort

Prise en charge multisite :  oui  non

### Partie à remplir par le Comité Scientifique

Avis de la réunion morbidité – mortalité du / /

Questions ou problèmes soulevés :

La prise en charge est-elle optimale (par rapport aux protocoles, recommandations, données scientifiques...) : OUI  NON

Dysfonctionnement(s) :

Recommandation(s) :

### Conclusion

Décision de mettre en œuvre un plan d'amélioration OUI  NON

Si oui, Thème :

Responsable du plan :

Délai de mise en œuvre :

Evaluation prévue le :

Date de clôture du dossier : ...../...../.....