

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 transféré 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 :/...../.....