DSRP AuRA - FICHE MORT IN UTERO

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant MIU≥ 36 SA, né dans une maternité du DRSP AuRA

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

- Maternité d'accouchement : .....
- Date accouchement : |__|__| |__|__| |__|__| AG : |__|__| SA +|__| j
- Gestité : |__| Parité |__|, grossesse multiple ☐
- La patiente présentait-elle des **difficultés de compréhension du français** ? OUI ☐ NON ☐
- La patiente était-elle en **situation de précarité/ vulnérabilité** ? OUI ☐ NON ☐

  Si oui, précisez.....

I. ATCD

IMC en début de grossesse : ..... kg/m²

- Médicaux : .....
- Obstétricaux : .....

Nbre FCS < 22 SA	Nbre IMG < 22 SA	Nbre IVG	Nbre d'acc ≥ 22 SA			Nbre d'acc < 37 SA	Nbre d'enfant DCD < 28 J
			Nbre IMG	Nbre morts fœtales spontanées	Nbre d'enfants nés vivants		

II. SUIVI DE CETTE GROSSESSE

Suivi régulier : OUI ☐ NON ☐

Suivi par SF · GO · Généraliste ·

Type de suivi Libéral · Hospitalier ·

Le suivi de la patiente était assuré par votre maternité OUI ☐ NON ☐

Prise de médicaments à risque / addictions durant la grossesse OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez : .....

Evènements marquants :

Si oui, précisez : .....

Echographies réalisées : T1 · T2 · T3 ·

Hospitalisations anténatales OUI ☐ NON ☐

Précisions : .....

Terme au moment de la découverte (SA)

Pathologies gravidiques

- Diabète mal équilibré OUI ☐ NON ☐ Terme* :
- Hémorragie ante partum OUI ☐ NON ☐ Terme* :
- Pré-éclampsie OUI ☐ NON ☐ Terme* :

Autre, précisez : ...

Anomalies fœtales

– Anémie fœtale chronique	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Arythmie cardiaque fœtale	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Hémorragies fœtales	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Hydramnios	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Malformations	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Oligoamnios	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Retard de croissance intra-utérin	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– RCF anormal en ante-partum ou doppler ombilical anormal	OUI ☐	NON ☐	Terme* :
– Contexte infectieux materno-fœtal connu	OUI ☐	NON ☐	Terme* :

Si oui lequel ?

Autre, précisez : ……

III. DERNIERE CONSULTATION AVANT DIAGNOSTIC DE MIU

Date : |_____| AG : |_____|

Consultation : ☐ programmée ☐ En urgence

Evènements cliniques et/ou paracliniques marquants (TA/ HU/ SF généraux ou obstétricaux…) :

Si oui, précisez : ……

Echographie: OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

RCF: OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

Bilan sanguin : OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

CAT établie :

IV. DIAGNOSTIC DE MIU :

Date : |_____| AG : |_____|

Consultation :

☐ Programmée

☐ En urgence motif (en clair) :

Hospitalisation

· grossesse à risque, motif (en clair) :

· en cours de travail

· Autre, préciser :

Bilan :

– Recherche des anticorps anti phospholipides	OUI ☐	NON ☐
– Kleihaueur	OUI ☐	NON ☐
– RAI	OUI ☐	NON ☐

Selon le contexte clinique et échographique :

- Un bilan infectieux (sérologies et prélèvements bactériologiques ou virologiques selon le contexte) OUI ☐ NON ☐
- Et/ou un dosage d'acides biliaires OUI ☐ NON ☐

V. ACCOUCHEMENT

Mise en travail : Spontanée · Déclenchement ·
Autre, précisez :

Mode d'accouchement :
- ☐ Voie basse spontanée
- ☐ Extraction instrumentale
- ☐ Césarienne

Anomalies des annexes :
- Anomalies funiculaires : OUI ☐ NON ☐
  Si oui laquelle ?
- Placenta :
  Anomalies macroscopiques du placenta : OUI ☐ NON ☐
  Examen anatomopathologique du placenta : OUI ☐ NON ☐
  Bactériologie placentaire sur signes d'appel : OUI ☐ NON ☐

VI. Enfant à la naissance

- Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
- Poids de naissance : _____ Grammes
- Particularités visibles à la naissance :

Bilan génétique néonatal proposé OUI ☐ NON ☐
Accepté OUI ☐ NON ☐
Si accepté, à transmettre dès réception

Examen externe néonatal:
par professionnel de santé de salle de naissance OUI ☐ NON ☐
par médecin fœto pathologiste OUI ☐ NON ☐

Autopsie autorisée par les parents OUI ☐ NON ☐
Si accepté, à transmettre dès réception

VII. ANALYSE PAR LA MATERNITE/ ETIOLOGIE :

A.Cause du décès

- Cause fœtale déterminante de la mort :

- Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :

B. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans votre établissement vous semble-t-elle conforme aux recommandations ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si NON pourquoi ?

C. La MIU était-elle potentiellement évitable ? **OUI** ☐ **NON** ☐

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

D. Avez-vous discuté ce dossier en staff local (obstétrico-pédiatrique) ? **OUI** ☐ **NON** ☐

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

Commentaires libres: