DSRP AuRA – Autre cas présentant un intérêt

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

Maternité d'accouchement : .....

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

SYNTHESE DE L'EVENEMENT

ANALYSE PAR LA MATERNITE:

A. La prise en charge vous semble-t-elle conforme aux recommandations ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON pourquoi ?

B. L'évènement était-il potentiellement évitable ?

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

- ☐ **Evitable**
- ☐ **Probablement évitable**
- ☐ **Probablement inévitable**
- ☐ **Inévitable**

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

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

Commentaires libres: