

COMITÉ NATIONAL D'EXPERTS SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE

FICHE DE CIRCULATION DU DOSSIER

N° du cas (attribué par le CépiDc) :

Date d'envoi du dossier par l'U-149 :

Date de récupération du dossier par l'U-149 :

Assesseur gynécologue-obstétricien

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Assesseur anesthésiste-réanimateur

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Documents sources utilisés par les assesseurs (cocher les cases correspondantes)

- dossiers obstétricaux

- fiche(s) anesthésie

- dossier de soins

- rapport d'autopsie

- autre, à préciser : _____

Prière de retourner le dossier
avant le _____

au Professeur BREART
INSERM U-149
Maternité Hôpital Tenon
4 rue de la Chine
75020 PARIS
Tél. : 01 56 01 71 85

Fiches remplies	Nombre
• Dossier général	
• Fiche H.T.A.	
• Fiche hémorragie	
• Fiche infections	
• Fiche emb. pulm.	
• Fiche anesthésie	
• Fiche réanimation	

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- 1) Date de naissance : _____ Date du décès : _____
- 2) Pays de naissance : 1 : France 2 : autre, à préciser : _____
- 3) Profession : _____
- 4) Situation : 1 : salariée de l'Etat ou des collectivités locales
2 : autre salariée 3 : à son compte
- 5) Nationalité : 1 : française 2 : étrangère, à préciser : _____
- 6) Etat matrimonial : 1 : célibataire 2 : mariée 3 : veuve
4 : divorcée 5 : en concubinage

II. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DÉCÈS

- 1) Autopsie (0 : non, 1 : oui)

Si oui, joindre le compte-rendu

- 2) Lieu du décès : 1 : logement, domicile
2 : établissement hospitalier
3 : clinique privée
4 : autre, à préciser : _____

• Si le décès a eu lieu dans un logement ou sur la voie publique

- 1) Quel a été le premier intervenant ?

1 : médecin de famille, 2 : médecin de garde, 3 : médecin d'urgence,
4 : médecin hospitalier, 5 : SAMU, 6 : pompiers, 7 : autre, à préciser : _____

- 2) La femme présentait-elle encore des signes de vie (0 : non, 1 : oui)
A-t-elle récupéré : 1 : partiellement, 2 : complètement, 3 : pas du tout

- 3) Délai entre l'appel et la constatation du décès : _____

• Si le décès a eu lieu dans un établissement

- 1) Date et heure d'arrivée dans le service :

jour		mois		2		0		année		heure		minute	

- 2) Nature du service : _____

- 3) La patiente est-elle arrivée :

1 : par ses propres moyens, 2 : par transfert interne*, 3 : externe**

- 4) Etat de la femme à l'arrivée, à préciser : _____

Indiquer le score IGSII (cf. grille page 38) : _____

- 5) Diagnostic retenu à l'arrivée dans le service : _____

- 6) Date et heure du décès :

jour		mois		2		0		année		heure		minute	

- 7) Y a-t-il eu des prélèvements post-mortem (0 : non, 1 : oui)

Si oui, lesquels ? : _____

- 8) Résultats de l'examen post-mortem : _____

* Passage d'un service à un autre, à l'intérieur d'un même établissement.

** Passage d'un établissement à un autre établissement.

OBSERVATIONS

Antécédents médicaux

Indiquer comment ils ont été pris en charge, les décisions prises (surveillance plus importante de la grossesse actuelle, traitement...)

Antécédents obstétricaux

Indiquer comment ils ont été pris en charge, les décisions prises (surveillance plus importante de la grossesse actuelle, traitement...)

III. ANTÉCÉDENTS DE LA FEMME AVANT LA GROSSESSE CONSIDÉRÉE

1) Antécédents médicaux (0 : non, 1 : oui)

Si oui, lesquels :

1 : hypertension

2 : diabète

3 : maladie thrombo-embolique

4 : autre(s), à préciser : _____

Compléter le cadre ci-contre

2) Tabac : plus de 5 cigarettes par jour :

- avant la grossesse (0 : non, 1 : oui)

- pendant la grossesse (0 : non, 1 : oui)

Alcool : plus de 2 verres par jour : (0 : non, 1 : oui)

Toxicomanie : (0 : non, 1 : oui)

Si oui, quel type de drogues : _____

3) Antécédents obstétricaux (0 : non, 1 : oui)

Si oui, remplir le tableau ci-dessous et le cadre ci-contre

Grossesses antérieures y compris les interruptions et G.E.U.				
Année	Durée de la grossesse (S.A.)	Issue de la grossesse Mode de terminaison*	Etat de l'enfant à la naissance	Commentaires en cas de grossesse pathologique ou sans issue

* Grossesse ectopique, avortement spontané, provoqué, accouchement voie basse, césarienne, grossesse simple ou multiple.

IV. HISTOIRE DE LA GROSSESSE CONSIDÉRÉE

1) Etablissement où la femme avait prévu d'accoucher

- Nature : 1 : CHU-CHR
2 : Centre hospitalier général
3 : Etablissement privé participant au service public
4 : Clinique privée
5 : Autre, à préciser : _____
- Nombre annuel de naissances dans le service : _____
- Un gynécologue obstétricien est-il présent dans le service :
1 : de jour, 2 : de nuit
si non, est-il d'astreinte 1 : de jour 2 : de nuit
- Un anesthésiste-réanimateur est-il présent
 - dans le service de gynécologie obstétrique
(plusieurs réponses possibles)
0 : non, 1 : de jour, 2 : de nuit
 - ou pour l'ensemble de l'établissement
(plusieurs réponses possibles)
0 : non, 1 : de jour, 2 : de nuit
- Si un anesthésiste-réanimateur n'est pas présent sur place
 - est-il d'astreinte pour l'ensemble de l'établissement
1 : de jour, 2 : de nuit
 - ou est-il d'astreinte pour le service de gynécologie-obstétrique exclusivement
1 : de jour, 2 : de nuit
- Une consultation d'anesthésie est-elle :
 - 1 : Proposée systématiquement à toutes les femmes enceintes
 - 2 : Proposée si pathologie associée ou intervention prévue
 - 3 : Faite lors de la terminaison ou de l'accouchement
- Y a-t-il dans l'établissement :
 - une banque ou un dépôt de sang (0 : non, 1 oui)
 - une radiologie interventionnelle (0 : non, 1 oui)
 - un laboratoire d'analyses médicales (0 : non, 1 oui)

2) Date des dernières règles (jour, mois, année) : _____

3) Date présumée de l'accouchement (jour, mois, année) : _____
confirmée par échographie (0 : non, 1 : oui)

4) Grossesse simple ou multiple (indiquer le nombre) : _____

5) Consultations au cours de la grossesse :

Remplir le tableau ci-contre

OBSERVATIONS

Risque particulier ou pathologie(s) grave(s) décelé au cours de la grossesse

Indiquer de façon détaillée la chronologie des événements et préciser de la façon la plus complète possible les examens pratiqués, les traitement entrepris...

6) Pathologie et facteurs de risque de la grossesse actuelle

(0 : non, 1 oui)

Si oui, lesquels :

1 : Métrorragie

2 : MAP

3 : Infection urinaire

4 : Infection cervico-vaginale

5 : HTA (> 14/9)

6 : Protéinurie > 0,5 g/l ou œdème généralisé

7 : Diabète gestationnel

autres, à préciser : _____

01 Placenta praevia	07 Souffrance fœtale	13 Kyste de l'ovaire opéré
02 Vomissements incoercibles	08 Mort fœtale diagn. <i>in utero</i>	14 Kyste de l'ovaire non opéré
03 Toxémie prééclampsie	09 Malformation diagn. <i>in utero</i>	15 Fibrome utérin opéré
04 Eclampsie	10 Rubéole	16 Fibrome utérin non opéré
05 Alloimmunisation	11 Toxoplasmose	17 Traumatisme
06 Anémie	12 Béance du col	20 Prise de poids > 15 kg

21 Tuberculose	29 Hémoglobinopathie	38 Tumeur maligne non gynécologique
22 Syphilis ou autre maladie vénérienne	30 Autre pathologie sanguine	39 Tumeur bénigne non gynécologique
23 Listériose	31 Path. ostéoarticulaire	40 Trouble neurologique
24 Autre affection bactérienne ou parasitaire	32 Ictère	41 Trouble psychiatrique
25 Autre affection virale	33 Appendicectomie	42 Toxicomanie
26 Obésité	34 Autre syndrome abdominal aigu	43 Maladie héréditaire
27 Autre trouble endocrinien	35 Autre pathologie digestive	90 Autre, préciser
28 Pathologie pulmonaire	36 Autre trouble cardiovasculaire	
	37 Autre trouble veineux, phlébite	

7) Un **risque particulier** avait-il été décelé (0 : non, 1 : oui)

Si oui, préciser ci-contre le risque décelé, à quel moment, les décisions prises...

*S'il s'agit d'une **pathologie grave**, détailler ci-contre en respectant la chronologie des événements, ce qui s'est passé. A quel moment ? Quels furent les examens pratiqués et les traitements entrepris ? Les décisions prises...*

8) **Hospitalisation** au cours de la grossesse (0 : non, 1 : oui)

9) Si oui, **transfert*** (0 : non, 1 : oui)

Le cas échéant, remplir la fiche hospitalisation/transfert (page 18)

* transfert signifie passage d'un service à un autre service à l'intérieur d'un même établissement, ou d'un établissement à un autre.

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée la chronologie des événements permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète le traitement entrepris, l'intervention effectuée...

V. TERMINAISON DE GROSSESSE AVANT LE TRAVAIL

Détailler le cas ci-contre

1) Date de la terminaison (jour, mois, année) : _____

2) Durée de gestation
(en semaines d'aménorrhée) : _____

3) Nature de la terminaison de grossesse

1 : interruption médicale

2 : interruption volontaire

3 : interruption spontanée

4 : grossesse molaire

5 : grossesse évolutive (sans issue)

6 : G.E.U.

En cas de G.E.U. :

– lieu du premier examen : _____

– lieu du diagnostic : _____

– par qui le diagnostic a-t-il été fait : _____

– sur quel(s) signe(s) a-t-il été fait : _____

4) Lieu de la terminaison

1 : maternité

2 : service de chirurgie

3 : centre I.V.G.

4 : domicile

5 : autre, à préciser : _____

5) Etat clinique à l'arrivée : _____

6) Traitement entrepris, intervention pratiquée : _____

7) Y a-t-il eu anesthésie ?

Si oui, remplir la fiche correspondante (page 19)

OBSERVATIONS

Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans l'établissement où la femme avait prévu d'accoucher, indiquer les raisons de ce changement :

VI. ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES

1) Etablissement où a eu lieu l'accouchement

- Nature : 1 : CHU-CHR
2 : Centre hospitalier général
3 : Etablissement privé participant au service public
4 : Clinique privée
5 : Autre, à préciser : _____

- Nombre annuel de naissances dans le service : _____

- Etais-ce l'établissement où la femme avait prévu d'accoucher (0 : non, 1 : oui) :
si non, détailler ci-contre : _____

- Un gynécologue obstétricien est-il présent dans le service :
1 : de jour, 2 : de nuit
si non, est-il d'astreinte 1 : de jour, 2 : de nuit

- Un anesthésiste-réanimateur est-il présent
 - dans le service de gynécologie obstétrique
(plusieurs réponses possibles)
0 : non, 1 : de jour, 2 : de nuit
 - ou pour l'ensemble de l'établissement
(plusieurs réponses possibles)
0 : non, 1 : de jour, 2 : de nuit

- Si un anesthésiste-réanimateur n'est pas présent sur place
 - est-il d'astreinte pour l'ensemble de l'établissement
1 : de jour, 2 : de nuit
 - ou est-il d'astreinte pour le service de gynécologie-obstétrique exclusivement
1 : de jour, 2 : de nuit

- Une consultation d'anesthésie est-elle :
1 : Proposée systématiquement à toutes les femmes enceintes
2 : Proposée si pathologie associée ou intervention prévue
3 : Faite lors de la terminaison ou de l'accouchement

- Y a-t-il dans l'établissement :
 - une banque ou un dépôt de sang (0 : non, 1 oui)
 - une radiologie interventionnelle (0 : non, 1 oui)
 - un laboratoire d'analyses médicales (0 : non, 1 oui)

Début et déroulement du travail

- 2) Date et heure d'arrivée en salle de travail :

jour	mois	2	0	année	heure	minute			
- 3) Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée) : _____
- 4) Battements du cœur fœtal perçus à l'admission (0 : non, 1 : oui) : _____
- 5) Heure du début du travail (en heure et minute) : _____

6) Début du travail 1 : spontané 2 : provoqué

- en cas de travail spontané :
 - durée du travail en heures de la phase de latence : _____
 - de la phase active : _____
 - de l'expulsion : _____

- en cas de déclenchement provoqué, indiquer par quelle(s) méthode(s) et pourquoi :

1 : rupture artificielle des membranes

2 : ocytociques

3 : prostaglandines

4 : césarienne

5 : autre, à préciser

Indiquer les raisons : _____

7) Date et heure de rupture des membranes : _____

8) Surveillance du travail

- partogramme (0 : non, 1 : oui)

Si possible, joindre une photocopie

- monitoring 1 : continu 2 : discontinu

9) Par qui le travail a-t-il été surveillé ? : _____

10) Pathologie(s) en cours de travail (0 : non, 1 : oui)

Si oui, détailler ci-contre

01 H.T.A.	09 Hyperthermie \geq à 38°	17 Complic. cardio-vasculaire
02 Néphropathie gravidique	10 Infection urinaire	18 Complic. neurologique
03 Hémorragie rétroplacentaire	11 Infection amniotique	19 Complic. psychiatrique
04 Eclampsie	12 Echec du traitement M.A.P.	20 Complic. digestive
05 Crise convulsive autre origine	13 Echec du déclenchement	21 Complic. endocrinienne
06 Hémorragie	14 Phlébite	22 Tétanie
07 Afibrinogénémie	15 Embolie pulmonaire	23 Autre, préciser
08 Etat de choc	16 Embolie amniotique	
30 Dystocie mécanique	36 Dystocie de tête dernière	41 Placenta praevia
31 Souffrance fœtale aiguë	37 Dystocie cervicale	42 Tumeur praevia
32 Dystocie liée au bassin	38 Dystocie dynamique	43 Rupture utérine
33 Présentation dystocique	39 Procidence du cordon	44 Fatigue maternelle
34 Dystocie des épaules	40 Procidence d'un membre	46 Disproportion fœtopelvienne
35 Excès de volume localisé		
70 Utérus cicatriciel	73 Pathologie fœtale (RCIU, souf. fœtale chronique)	77 RCF pathologique à l'expulsion
71 Césarienne de principe, après début de travail spontané	74 Grossesse prolongée	80 Herpès génital
72 Pathologie maternelle	75 Défaut de progres. à l'expulsion	81 Antécédent de chirurgie périnéale
	76 Défaut de rotation à l'expulsion	90 Autre, préciser

11) Y a-t-il eu des **thérapeutiques particulières** en cours de travail, telles que :

1 : ocytocines

2 : analgésie

3 : antispasmodiques

4 : béta-mimétiques

5 : autres, à préciser : _____

Détailler ci-contre, et le cas échéant remplir la fiche anesthésie (page 19).

OBSERVATIONS

Complications au moment de la naissance

Complications au moment de la délivrance

Naissance

12) Date et heure de l'accouchement :

--	--

 jour

--	--

 mois

2	0
---	---

 année

--	--

 heure

--	--

 minute

13) Par qui l'accouchement a-t-il été effectué ? _____

14) Terminaison de la grossesse _____

- 1 : accouchement par voie basse, normal
- 2 : accouchement avec manœuvres instrumentales
- 3 : césarienne programmée réalisée à temps
- 4 : césarienne programmée réalisée en urgence
- 5 : césarienne non programmée

15) Episiotomie (0 : non, 1 : oui)

16) Nombre total d'enfant(s) né(s) au cours de l'accouchement : _____

17) État du nouveau-né	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
• vivant			
• mort-né			
• né vivant mais décédé dans les 24 h			
• décédé entre 24 h et 7 jours			
18) Sexe M ou F			
19) Poids de naissance :			

Délivrance

20) Délivrance 1 : spontanée 2 : dirigée 3 : artificielle

21) Révision utérine (0 : non, 1 : oui)

Si oui, pourquoi ? : _____

Est-elle systématiquement effectuée dans le service ? : _____

22) Déchirure périnéale :
0 : non, 1 : simple, 2 : complète, 3 : compliquée

23) Autres lésions traumatiques (0 : non, 1 : oui)
Si oui, lesquelles ? : _____

24) Examen du col sous valve (0 : non, 1 : oui)

25) Anomalies du placenta (0 : non, 1 : oui)
Si oui, préciser lesquelles ? : _____

OBSERVATIONS

Pathologies de la délivrance

Indiquer quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, quel traitement a été entrepris

Pathologies dans les suites de couches

Indiquer quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, quel traitement a été entrepris

Décès pendant l'accouchement ou dans les suites de couches

26) Anomalies des membranes (0 : non, 1 : oui)

Si oui, préciser lesquelles ? : _____

27) Hémorragie de la délivrance (0 : non, 1 : oui)

Remplir la fiche spéciale (page 27) : _____

28) Y a-t-il eu d'autres **pathologies de la délivrance**

(0 : non, 1 : oui)

S'il s'agit de pathologies graves, détailler ci-contre : _____

Suites de couches

29) Combien de temps la patiente est-elle restée en salle de naissance après l'accouchement (en minutes) :

30) Existe-t-il un dossier « surveillance du post-partum »

(0 : non, 1 : oui)

31) **Pathologies dans les suites de couches** (0 : non, 1 : oui)

Si oui, préciser lesquelles ? : _____

01 Endométrite	07 Lymphangite	13 Hémorragie
02 Autre infection génitale	08 Abscess du sein	14 Anémie
03 Désunion de suture	09 Syndrome infectieux autre origine	15 Complication cardio-vasculaire
04 Abscess de paroi	10 Thrombose superficielle	16 Complication neuro-psychiatrique
05 Infection urinaire	11 Phlébite	17 Eclampsie
06 Autre complication urinaire	12 Embolie pulmonaire	18 Autre, préciser

S'il s'agit de HTA, éclampsie, hémorragie, infection ou embolie pulmonaire, remplir la fiche spéciale correspondante. Dans tous les cas, détailler ci-contre.

Si cette pathologie a entraîné un transfert, une anesthésie, une admission en réanimation, remplir les fiches correspondantes (pages 18, 19, 39).

Si la patiente est morte pendant l'accouchement ou dans les suites de couches, indiquer ci-contre quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, et quel traitement a été entrepris.

FICHE HOSPITALISATION/TRANSFERT

Indiquer de façon détaillée l'**enchaînement des hospitalisations et des transferts** (dont passage en réanimation, en unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue) intervenus pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'au moment de la complication grave. **Indiquer le lieu d'hospitalisation ou du transfert en précisant la nature de l'établissement et la nature du service d'accueil.** En commentaires, préciser également si le transfert a été effectué en urgence ou pas, indiquer la qualité de la personne ayant pris la décision d'hospitaliser ou de transférer.

	Date et heure d'entrée	Date et heure de sortie	Age gestationnel (S.A.)	Lieux d'hospitalisation • Mater d'inscription • Autre maternité • Etablissement hospitalier autre	Nature du service • maternité • réanimation • médecine • chirurgie • autre	Motifs et commentaires
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

FICHE ANESTHÉSIE

A remplir pour chaque anesthésie
(à dupliquer si nécessaire)

1) Lieu où a été pratiquée l'anesthésie

- 1 : bloc opératoire 2 : salle de travail 3 : salle de réveil
4 : réanimation 5 : chambre d'hospitalisation

2) Surveillance et organisation

- personnel(s) anesthésique(s) présent(s) : _____
- garde 1 : sur place 2 : astreinte
- présence pendant la chirurgie du médecin
1 : permanente 2 : occasionnelle
- grade du médecin présent : _____
- anesthésiste en charge de la réanimation néonatale (0 : non, 1 : oui)
- monitoring utilisé : 1 : ECG 2 : PNI 3 : SpO2 4 : capnographe
- pression sanguine 1 : artère 2 : Swan 3 : PVC
- salle de réveil : ouverte 24 heures sur 24 (0 : non, 1 : oui)
personnel attitré (0 : non, 1 : oui)

3) Si analgésie programmée, remplir ce paragraphe :

Date et heure : _____

Classe ASA (1-5) : _____

- Analgésie pour le travail
- Dolosal (IV ou IM) (0 : non, 1 : oui)
- PCA-IV avec dérivé morphinique (0 : non, 1 : oui)
- Bloc des nerfs honteux (0 : non, 1 : oui)
- Inhalation de N₂O (0 : non, 1 : oui)
- Analgésie locorégionale (0 : non, 1 : oui)

Si analgésie locorégionale :

- Hémostase avant ALR (0 : non, 1 : oui)
- date de la biologie : _____ / _____ / _____ /
- fibrinogène : _____ g/l
- plaquettes : _____ /mm³

Type d'ALR choisie 1 : péridurale 2 : rachianesthésie 3 : péridurale/rachianesthésie combinée
4 : rachianesthésie continue

Produits utilisés (*plusieurs réponses possibles*)

1 : anesthésique local 2 : morphinique 4 : autre

à préciser : _____

Complication :

- Ponction difficile (0 : non, 1 : oui)
- Echec péri ou rachi (0 : non, 1 : oui)
- Radiculalgie (0 : non, 1 : oui)
- Brèche vasculaire (0 : non, 1 : oui)
- Passage rachidien (0 : non, 1 : oui)
- Brèche dure-mère (0 : non, 1 : oui)
- Suspicion passage sous-dural (0 : non, 1 : oui)
- Nécessité 2^e péridurale (0 : non, 1 : oui)

- Raisons 1 : échec complet
- 2 : sortie KT
- 3 : Asymétrie
- 4 : autre, à préciser

Autre complication, préciser : _____

4) Si anesthésie pour acte programmé, remplir ce paragraphe :

• Généralités

Date : _____ / _____ / _____ à _____ heures

Classe ASA (1-5) : _____

Nature de l'acte nécessitant une anesthésie _____

• Type d'anesthésie

1 : Péridurale 2 : Rachianesthésie 3 : les deux combinés
noter en clair les produits anesthésiques :

4 : Anesthésie générale, nature des produits (*entourer le ou les produits utilisés*)

Pentothal

Diprivan

Etomidate

Kétamine

Morphinique

Type : _____ Dose : _____

Célocurine

Esméron

Norcuron

Tracrium

Pavulon

Halogéné

Type : _____

Autres actes, à préciser

- intubation oro-trachéale

- masque facial

- masque laryngé

- antiacide(s) : nature : _____

- manœuvre de Sellick (0 : non, 1 : oui)

5) Si anesthésie urgente, remplir ce paragraphe :

• Généralités

Date : _____ / _____ / _____ à _____ heures

Classe ASA (1-5) : _____

Nature de l'intervention chirurgicale _____

• Situation clinique au début de l'acte opératoire

Pression artérielle S/D/M : _____

Fréquence cardiaque : _____

Solutés de remplissage ou produits sanguins labiles en cours :

1 : culots 2 : PFC 3 : Plaquettes

Sédation pharmacologique (0 : non, 1 : oui)

Ventilation mécanique déjà instituée (0 : non, 1 : oui)

Perfusion d'ocytociques en cours : 1 : Syntocinon 2 : Prostaglandines

Agents inotropes/vasoconstricteurs en cours (0 : non, 1 : oui) _____

Antihypertenseur(s) en cours (0 : non, 1 : oui) _____

Autres médicaments, à préciser _____

• Type d'anesthésie

1 : Péridurale 2 : Rachianesthésie

3 : Rachianesthésie/péridurale combinée

Agents anesthésiques utilisés (en clair) : _____

4 : Anesthésie générale, nature des produits (*entourer le ou les produit(s) utilisé(s)*)

Pentothal

Diprivan

Etomidate

Kétamine

Morphinique

Type : _____ Dose : _____

Célocurine

Esméron

Norcuron

Tracrium

Pavulon

Halogéné

Type : _____

Autres actes, à préciser

- intubation orotrachéale (0 : non, 1 : oui)

- masque facial (0 : non, 1 : oui)

- masque laryngé (0 : non, 1 : oui)

- antiacide(s) : nature : _____

- manœuvre de Sellick (0 : non, 1 : oui)

6) Evénements per-opératoires

• Complications respiratoires (*plusieurs réponses possibles*)

- intubation difficile (0 : non, 1 : oui)

- intubation impossible (0 : non, 1 : oui)

- intubation sélective (0 : non, 1 : oui)

- intubation œsophagienne (0 : non, 1 : oui)

- SpO₂ < 90 % pendant plus de 2' (0 : non, 1 : oui)

- syndrome de Mendelson (0 : non, 1 : oui)

- bronchospasme (0 : non, 1 : oui)

- œdème pulmonaire (0 : non, 1 : oui)

- laryngospasme (0 : non, 1 : oui)

- extubation accidentelle (0 : non, 1 : oui)

- embolie gazeuse (0 : non, 1 : oui)

• Complications hémodynamiques (*plusieurs réponses possibles*)

1 : Hypotension systolique < 100 mmHg pendant plus de 5 mn

2 : HTA > 200 mmHg pendant plus de 5 mn

4 : Convulsions 8 : Arrêt cardio-circulatoire 16 : Troubles du rythme

Préciser lesquels : _____

32 : Choc anaphylactique

• Autres complications

1 : Erythème 2 : Hémorragie anormale 4 : Troubles de l'hémostase

• Traitement des complications (*plusieurs réponses possibles*)

1 : Oxygénothérapie

2 : Intubation + ventilation mécanique

4 : Agents adrénergiques, préciser : _____

8 : Remplissage vasculaire et transfusion : _____

Préciser produits et volumes _____

16 : Ligatures hypogastriques

32 : Embolisation artérielle

64 : Antibiothérapie :

Commentaires sur l'anesthésie

Si l'anesthésie a joué un rôle essentiel ou aggravant dans le décès, indiquer la chronologie des événements *et joindre une copie de la ou des feuille(s) d'anesthésie.*

FICHE EMBOLIE PULMONAIRE

1) Date et heure du diagnostic : **2** **0**

 jour mois année heure minute

2) Lieu du diagnostic : _____

3) Signes cliniques ayant conduit au diagnostic :

- Dyspnée (0 : non, 1 : oui)
- Douleur thoracique (0 : non, 1 : oui)
- Troubles du rythme cardiaque (0 : non, 1 : oui)
- Hémoptysie (0 : non, 1 : oui)
- Cœur pulmonaire aigu (0 : non, 1 : oui)
- Choc avec hypotension (0 : non, 1 : oui)
- Syncope (0 : non, 1 : oui)
- Thrombose veineuse des membres inférieurs (0 : non, 1 : oui)
- Fièvre (0 : non, 1 : oui)
- Mort subite (0 : non, 1 : oui)

4) Examens ayant permis d'affirmer le diagnostic :

- Radio de thorax (0 : non, 1 : oui)
- ECG (0 : non, 1 : oui)
- Gaz du sang anormal (0 : non, 1 : oui)
- Scintigraphie pulmonaire de perfusion (0 : non, 1 : oui)
- Scintigraphie pulmonaire ventilation-perfusion (0 : non, 1 : oui)
- Angiographie (Obstruction _____ %) (0 : non, 1 : oui)
- Echocardiographie (0 : non, 1 : oui)
- Phlébocavographie (0 : non, 1 : oui)
- Echodoppler veineux des membres inférieurs (0 : non, 1 : oui)

5) Traitement anticoagulant

- Pendant la grossesse durée _____ jours
 - Héparine (0 : non, 1 : oui)
 - AVK (0 : non, 1 : oui)
 - Anticoagulation **inefficace** significative (0 : non, 1 : oui)
- Post partum durée _____ jours
 - Héparine (0 : non, 1 : oui)
 - AVK (0 : non, 1 : oui)
 - Anticoagulation **inefficace** significative (0 : non, 1 : oui)

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée, la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète, les examens pratiqués, leurs résultats, les traitements entrepris...
Le cas échéant, si le compte rendu d'autopsie ne peut être joint, indiquer ci-dessous les conclusions principales.

6) Traitements associés

- O₂ (0 : non, 1 : oui)
- Dopamine/Dobutamine (0 : non, 1 : oui)
- Fibrinolytiques (urokinase, tpA) (0 : non, 1 : oui)
- Autre, à préciser : _____ (0 : non, 1 : oui)

7) Thrombophilie

- Connue avant l'embolie (0 : non, 1 : oui)
- Découverte à l'occasion de l'accident (0 : non, 1 : oui)
- Déficit en protéine C (0 : non, 1 : oui)
- Déficit en protéine S (0 : non, 1 : oui)
- Déficit en antithrombose III (0 : non, 1 : oui)
- Autre, à préciser : _____ (0 : non, 1 : oui)

8) L'embolie pulmonaire a-t-elle été confirmée à l'autopsie ?

(0 : non, 1 oui)

Si possible, joindre le compte rendu de l'autopsie, sinon indiquer les conclusions dans le cadre ci-contre.

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée, la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète, les examens pratiqués, leurs résultats...

FICHE HÉMORRAGIES GRAVES DU PER ET POST-PARTUM

- 1) Date et heure de l'identification de l'hémorragie : | | | | | 2,0 | | | | | |
jour mois année heure minute
- 2) Diagnostic en clair : _____

- 3) Lieu du diagnostic, à préciser : _____

- 4) Quantité de sang perdu, en ml : _____
- 5) Site de l'hémorragie
 1 : Utérus 2 : Vagin 3 : Abdomen 4 : Autre, à préciser _____
- 6) Durée de l'hémorragie en heures et minutes : _____
- 7) Examens pratiqués : indiquer l'heure et les résultats en clair en précisant les unités utilisées :

	Date et heure 1 ^{er} bilan :	Date et heure paroxysme :	Bilan à 24 h :
- Hémoglobine			
- Hématocrite			
- Plaquettes			
- Taux de prothrombine			
- TCA ou TCK			
- Fibrinogène			
- D-Dimères ou complexes solubles			
- Créatinine, diurèse			

Détailler ci-contre la chronologie des événements

8) Remplissage : 1 : Albumine, 2 : Cristalloïdes, 3 : Colloïdes

9) Y a-t-il eu transfusion (0 : non, 1 : oui)

Si oui, préciser : - le type de produits transfusés : _____

- le nombre de culots/unités transfusés : _____

Détailler ci-contre

OBSERVATIONS

Indiquer, de façon détaillée, la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète les décisions prises : traitement médical, chirurgical, transfert...

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée, la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas et préciser de façon plus complète les signes maternels et fœtaux manifestés, le traitement entrepris...

FICHE PRÉ-ÉCLAMPSIES, SÉVÈRES, ÉCLAMPSIES ET HELLP

1) Accident aigu, date et heure :

--	--

--	--

2	0
---	---

--	--

--	--

--	--

--	--

jour

mois

année

heure

minute

2) Age gestationnel : _____

3) Tension artérielle

Niveau maximum observé avant le traitement de la pathologie grave _____

Date et heure : _____

Un traitement a-t-il été entrepris (0 : non, 1 : oui)

Si oui, lequel ? : _____

Date et heure : _____

Tension observée 1 heure après le début du traitement : _____

4) La patiente a-t-elle manifesté :

– Des métrorragies (0 : non, 1 : oui)

– Un œdème de la face (0 : non, 1 : oui)

– Des douleurs de l'épigastre (0 : non, 1 : oui)

– Des douleurs abdominales basses (0 : non, 1 : oui)

– Des maux de tête (0 : non, 1 : oui)

– Des troubles de la vue (0 : non, 1 : oui)

– Une dyspnée (0 : non, 1 : oui)

– Une cyanose (0 : non, 1 : oui)

– Une oligurie, préciser : _____

– Une insuffisance rénale (0 : non, 1 : oui)

– Un œdème pulmonaire (0 : non, 1 : oui)

– Des convulsions (0 : non, 1 : oui)

Si oui, préciser la date et l'heure de début de la crise convulsive : _____

Autre(s) signe(s) manifesté(s) par la femme, à préciser : _____

5) Signes fœtaux

– 0 : fœtus mort 1 : fœtus vivant

– Souffrance fœtale (0 : non, 1 : oui)

Détailler ci-contre

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée, la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas, détailler l'évolution des résultats, les décisions prises...

6) Examens pratiqués (indiquer l'heure et les résultats en clair, en précisant les unités utilisées)

Date			
Heure			
- Protéinurie : bandelettes réactives : ... gr par l. ou ... gr par 24 h			
- Plaquettes			
- Hémoglobine			
- Hématocrite			
- Uricémie			
- Créatinine			
- Taux prothrombine			
- TCA ou TCK			
- D-Dimères ou complexes solubles			
- LDH			
- ASAT			
- ALAT			
- Haptoglobine			

Détailler ci-contre l'évolution des résultats

7) Traitement

- Stéroïdes (0 : non, 1 : oui)
- Anticonvulsivants (0 : non, 1 : oui)
- Antihypertensifs (0 : non, 1 : oui)
- Anticoagulants (0 : non, 1 : oui)
- Diurétiques (0 : non, 1 : oui)
- Tocolytiques (0 : non, 1 : oui)
- Déclenchement (0 : non, 1 : oui)
- Remplissage (0 : non, 1 : oui)
- Vasoconstricteurs (0 : non, 1 : oui)
- Traitement symptomatique (0 : non, 1 : oui)

8) Césarienne (0 : non, 1 : oui)

Détailler ci-contre le traitement et les décisions

9) Y a-t-il eu un HRP (0 : non, 1 : oui)

10) Y a-t-il eu passage en réanimation, en unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue (0 : non, 1 : oui)
Si oui, remplir la fiche réanimation (page 39)

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas, les examens pratiqués...

FICHE INFECTIONS GRAVES

(à ne remplir que pour les infections
directement en rapport avec le décès)

1) Date et heure du diagnostic :

		2	0				
jour	mois	année		heure	minute		

2) Diagnostic en clair : _____

3) Température

Température maximale observée :

Date et heure : _____

Température minimale observée :

Date et heure : _____

Un traitement a-t-il été entrepris (0 : non, 1 : oui)

Si oui, lequel ? : _____

Date et heure du traitement _____

4) Tachycardie (0 : non, 1 : oui)

Difficultés respiratoires (0 : non, 1 : oui)

5) Examens pratiqués (indiquer l'heure et les résultats en clair en précisant les unités utilisées)

Date			
Heure			
- Numération globules blancs			
- Plaquettes			
- Hémoglobine			
- Hématocrite			
- Prothrombine			
- TCA ou TCK			
- D-Dimères			
- ASAT			
- ALAT			
- Fibrinogène			
- Créatinine			

Compléter ci-contre

OBSERVATIONS

Indiquer de façon détaillée la chronologie des événements, permettant de comprendre l'évolution du cas, les traitements entrepris, les décisions prises...

6) Autres examens pratiqués

– Hémoculture (0 : non, 1 : oui)

Si oui ? Préciser les germes : _____

– Antibiogramme (0 : non, 1 : oui)

– Gaz du sang (0 : non, 1 : oui)

– Autres, à préciser : _____

7) Y a-t-il eu

– Choc septique (0 : non, 1 : oui)

– Atteintes hépatiques (0 : non, 1 : oui)

– Troubles de la coagulation (0 : non, 1 : oui)

– Insuffisance rénale (0 : non, 1 : oui)

– SDRA (0 : non, 1 : oui)

8) Traitement

– Antibiotiques (0 : non, 1 : oui)

– Anticoagulants (0 : non, 1 : oui)

– Autres, à préciser : _____

9) Y a-t-il eu passage en réanimation, en unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue (0 : non, 1 : oui)

Si oui, remplir la fiche réanimation (page 39)

10) Y avait-il eu antibioprophylaxie systématique (0 : non, 1 : oui)

– Pour césarienne (0 : non, 1 : oui)

– R.U. (0 : non, 1 : oui)

– Portage de streptocoques β (0 : non, 1 : oui)

– Autres, à préciser : _____

SCORE D'IGS II

VARIABLE	26	13	12	11	9	6	7	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18	
Age (années)												< 40						40.59				60.69	70.74	75.79		> 80	
Rythme cardiaque (batt/mn)				< 40							40.69	70.119				120.159		≥ 160									
Pression systolique (mmHg)		< 70						70.99				100.199		≥ 200													
Température (°C)												< 39°			≥ 39°												
PaO2/FiO2 (mmHg) si vent.				< 100	100.199	≥ 200																					
Diurèse (L/jour)				< 0.500					0.500.999			≥ 1000															
Urée (mMol/L) (g/L)												< 10.0					10.0.29.9										
Globules blancs (10E3/ml)			< 1.0									1.0.19.9			≥ 20.0												
Kaliémie (mEq/L)										< 3.0		3.0.4.9			≥ 5.0												
Natrémie (mEq/L)												125.144	≥ 145														
Bicarbonate (mEq/L)						< 15				15.19		≥ 20															
Bilirubine (μMol/L) (si jaunisse) (mg/L)												< 68.4				68.4.102.4											
Score de Glasgow (points)		< 6	6.8					9.10	11.13			14.15															
Maladies chroniques																											
Type d'admission											Progr.						Méd.		Urg. Chir.								

TOTAL IGS II

Pis

Total des points																											
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Score de Glasgow	Valeurs
-------------------------	---------

Ouverture des yeux	4
volontaire	3
aux ordres	2
à la douleur	1
sans réponse	

Réponse motrice	6
aux ordres	5
à la douleur	4
adaptée	3
inadaptée	2
en extension	1
pas de réponse	

Réponse verbale	5
malade orienté	4
malade confus	3
propos délirants	2
inintelligibles	1
pas de réponse	
Total	

* métastase(s) d'un cancer
 ** hémopathie maligne

FICHE RÉANIMATION

(A dupliquer si nécessaire)

1) Nature du service

- 1 : Unité de surveillance continue
- 2 : Unité de soins intensifs
- 3 : Unité de réanimation

2) Date et heure d'admission dans le service :

jour
mois
année
heure
minute

3) Moment de l'admission dans le service

- 1 : Avant le travail (dans ce cas, préciser l'âge gestationnel en S.A. _____)
- 2 : Au cours du postpartum immédiat < 24 h
- 3 : Pendant les suites de couches, < 42 j

4) La patiente arrive-t-elle par transfert* (0 : non, 1 : oui)

Si oui, remplir la fiche hospitalisation/transfert (page 18)

5) État de la femme à l'arrivée,
à préciser : _____

6) Score IGS (voir ci-contre) _____

7) Complication(s) ou diagnostic(s) à l'arrivée : _____

8) Examens :

- Cathéter Swann-Ganz (0: non, 1 : oui)
- Pression artérielle sanglante (0: non, 1 : oui)
- Echographie cardiaque (0: non, 1 : oui)

9) Traitement entrepris

- 1 : anticoagulant 2 : antibiothérapie 3 : vasopresseur 4 : autres,

à préciser : _____

- Ventilation assistée (0 : non, 1 : oui)

- Transfusion (0 : non, 1 : oui)

Si oui, nombre de culots globulaires ou nombres d'unités : _____

- Expiration extra-rénale (0 : non, 1 oui)

10) Qualité des intervenants

- 1 : médecin-réanimateur 2 : médecin hospitalier 4 : interne 8 : autres,

à préciser : _____

11) Durée de séjour en réanimation (en jours) : _____

* transfert signifie passage d'un service à un autre service à l'intérieur d'un même établissement, ou d'un établissement à un autre

CONCLUSION

Avis des assesseurs sur :

- L'enchaînement des événements ayant conduit au décès _____

- La cause du décès _____
