

## COMITÉ NATIONAL D'EXPERTS SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE



### Rapport confidentiel à usage médical

Merci d'envoyer le dossier avant le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dossier:

À : Dr. Catherine Deneux-Tharaux

Inserm 1153-EPOPé

Maternité de Port Royal, 6e étage

53, avenue de l'observatoire

75014 Paris.



**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



Inserm U1153-EPOPé : Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique.

## CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

De la qualité des informations recueillies dans ce dossier dépendront directement la validité de l'analyse qui sera effectuée et la pertinence des recommandations qui en découleront.

Le contenu de ce dossier doit être traité de façon strictement confidentielle. Le nom de la femme, les noms des médecins concernés et de l'établissement, **ne doivent pas figurer** dans ce rapport.

Les copies des partogramme, fiche d'anesthésie, comptes-rendus opératoires, comptes-rendus du séjour en réanimation et rapport d'autopsie (si disponibles) **doivent être impérativement jointes**.

La partie droite est réservée pour le codage, **ne rien inscrire sur les cases**. La partie **observations** vous permettra de détailler des points que vous considérez importants ou bien des informations qui ne figurent pas sous forme de question.

### Exemples du remplissage :

Espace réservé au choix des réponses proposées.

⊕ Entourer la bonne réponse.

- Intervenant : 

1. SAMU	2. Pompiers	3 : Médecin de garde ou d'urgences	4. Autre
---------	-------------	------------------------------------	----------

⊕ Cocher la case correspondante

- Traitement entrepris :

	Non	Oui
Stéroïdes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivants	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sulfate de magnésium	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anticoagulants	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊕ Espace réservé pour inscrire une information en clair :

*Si autre à préciser* : .....

Motif(s) de l'intervention.....

.....

# I. CARACTERISTIQUES GENERALES

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

- Date de naissance: ..... / ..... / .....
- Date du décès: ..... / ..... / .....
- Lieu du décès: 

1: Logement, domicile	2: Etablissement hospitalier	3: Clinique privée	4: Autre
-----------------------	------------------------------	--------------------	----------

  
*Si autre, à préciser:* .....
- Moment du décès: 

1: Pendant la grossesse	2: Per partum	3: Post partum
-------------------------	---------------	----------------

  
Si 1. Préciser AG en SA:..... Si 3: Préciser le jour:.....
- Pays de naissance: 

1: France	2: Autre
-----------	----------

*Si autre, à préciser:* .....
- Nationalité : 

1: Française	2: Etrangère
--------------	--------------

*Si étrangère, à préciser:* .....
- Code postal de résidence : .....
- Ce décès a-t-il fait l'objet d'une RMM ? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

J	M	A

## CONTEXTE SOCIAL

- Profession, à préciser (y compris "sans profession"):
- Activité professionnelle en début de grossesse: 

1: Active	2: Inactive
-----------	-------------

  
*Si inactive :*

1: Chômage	2: Etudiante	3: Femme au foyer
------------	--------------	-------------------

*Autre:* .....
- Vivait avec un conjoint pendant la grossesse: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Isolement social: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Précarité de logement: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Barrière linguistique: 

1: Non	2: Oui, totale	3: Oui, partielle
--------	----------------	-------------------

  
*Si oui, quelle est la langue parlée?* .....
- Couverture sociale: 

1: Sécurité sociale	2: SS + mutuelle	3: CMU	4: CMUc	5: AME
6: Aucune	7: NSP			
- Grossesse non désirée: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Grossesse non planifiée: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Violences conjugales: 

0: Non	1: Oui
--------	--------
- Autres situation particulière ou précisions:

.....

.....

## OBSERVATIONS

*Commentaires sur contexte social:*

## II. PRISE EN CHARGE INITIALE HORS ETABLISSEMENT 0: Non 1: Oui

(Remplir en cas de prise en charge à domicile, sur la voie publique, en cabinet médical ou autre lieu)

• Moment de l'intervention

Si la femme était enceinte, préciser l'âge gestationnel (AG) auquel est survenue l'intervention (sem + nb jours): .....

Sem	

Si la femme avait accouché récemment, préciser le délai entre l'accouchement et l'intervention (en J): .....

Nb de jours		

• Lieu de l'intervention: 

1: Voie publique	2: Domicile	3: Cabinet médical
4: Autre	Si autre, à préciser: .....	

--

• Intervenant: 

1: SAMU	2: Pompiers	3: Médecin de garde ou d'urgences	4: Autre
---------	-------------	-----------------------------------	----------

 ( 2 intervenants possibles)

--	--

• Motif(s) de l'intervention: .....

.....

.....

--	--	--

--	--	--

• Etat de la femme à l'arrivée de l'intervenant:

Glasgow: ..... Fréquence cardiaque: ..... Fréquence respiratoire: .....

Glasgow		FC		FR	

Pression artérielle (mm/Hg) Systolique: ..... / Diastolique: ..... SpO2: .....

S		D		SpO2	

Arrêt cardiaque: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Durée du no flow (en min):.....

--	--

--	--

• Prise en charge: 

Massage cardiaque débuté par témoin		0: Non	1: Oui
-------------------------------------	--	--------	--------

Application d'oxygène: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Si oui, débit: (O2 l/min): .....

Ventilation au masque: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Intubation: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Massage cardiaque externe: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Défibrillation: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Abord veineux: 

Si oui, précisez:	
Remplissage	Type de produits et quantité: .....

Médicaments 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Type et dose: .....

Autre(s) intervention(s), à préciser: .....

• Evolution: 

1: Amélioration	2: Stabilisation	3: Aggravation	4: Décès
-----------------	------------------	----------------	----------

Si décès, indiquer le délai entre l'arrivée de l'intervenant et la constatation du décès (en min): .....

	Délai en min		

Délai en min		

• Délai entre premier symptôme et décès (en min): .....

Délai en min		

• Transfert dans un établissement hospitalier 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, indiquer le délai entre l'arrivée de l'intervenant et l'arrivée à l'établissement hospitalier (en min): .....

	Délai en min		

## OBSERVATIONS

*Commentaires sur prise en charge initiale, ou décès, hors établissement:*



## OBSERVATIONS

### **Antécédents médicaux:**

*Indiquez comment ils ont été pris en charge et quelles décisions ont été prises (traitements, surveillance accrue de cette grossesse)*

### **Antécédents chirurgicaux:**

### **Conduites addictives:**

### **Antécédents obstétricaux:**

*Indiquez comment ils ont été pris en charge et quelles décisions ont été prises (traitements, surveillance accrue de cette grossesse)*









## OBSERVATIONS

**Si la grossesse s'est terminée sans accouchement:**

*(Indiquez 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, ...)*

## VII. TERMINAISON DE LA GROSSESSE SANS ACCOUCHEMENT

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Date de fin de grossesse: ..... / ..... / .....

Précisez l'âge gestationnel (AG) auquel est survenue la fin de grossesse (sem + nb jours): .....

• Mode de fin de grossesse: 

1: FCS	2: IVG	3: IMG	4: GEU	5: Mole	6: Grossesse évolutive
--------	--------	--------	--------	---------	------------------------

Si **IMG**, précisez l'indication: .....

Si **GEU**, détaillez les circonstances du diagnostic: .....

Lieu et date du 1er examen: ..... / ..... / .....

Lieu et date du diagnostic: ..... / ..... / .....

Qui a établi le diagnostic: .....

Quels examens diagnostiques ont été réalisés? (3 possibles) .....

Sur quel(s) signe(s) le diagnostic a-t-il été établi? .....

• Traitement(s) entrepris: 

Médical:		Chirurgical:	
0: Non	1: Oui	0: Non	1: Oui

Si **oui**, le(s)quel(s): .....

A quelle date? ..... / ..... / .....

• Lieu de terminaison de la grossesse: 

1: Gynéco-obstétrique	2: Service de chirurgie	3: Centre d'IVG	4: Domicile	5: Autre
-----------------------	-------------------------	-----------------	-------------	----------

Si **autre**, précisez: .....

• Y a-t-il eu une anesthésie? 

0: Non	1: Oui
--------	--------

*Si oui, veuillez remplir la fiche anesthésie située page 21*

J		M		A			
				Sem		Jours	

## VIII. ACCOUCHEMENT

> ACCOUCHEMENT HORS MATERNITE: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Si oui, lieu: .....

Si **oui**, - accouchement inopiné: 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 .....

- accouchement programmé hors maternité: 

0: Non	1: Oui	2: NSP
--------	--------	--------

> ACCOUCHEMENT EN MATERNITE: DEBUT ET DEROULEMENT DU TRAVAIL

• Date et heure d'arrivée de la femme à la maternité: ..... / ..... / ..... H

• Précisez l'âge gestationnel (AG) (sem + nb jours): .....

• Présentation du (des) fœtus: .....

• Lieu de l'accouchement: 

1: Secteur classique	2: Salle nature	3: Salle physiologique
----------------------	-----------------	------------------------

• Début du travail: 

1: Spontané	2: Déclenché	3: Césarienne avant travail
-------------	--------------	-----------------------------

En cas de **césarienne avant travail**, précisez l' (les) indication(s): .....

En cas de **travail déclenché**:

- précisez l' (les) indication(s): .....

- précisez le (les) moyen(s): **Cochez les cases correspondantes**

Rupture artificielle des membranes	Ocytociques	Prostaglandines	Autre(s)	Si <b>autre</b> , précisez:				
Non <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		.....
Oui <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		.....

J		M		A			
H		min		Sem		Jours	

## OBSERVATIONS

**Pathologie(s) grave( s) survenue(s) en cours de travail, les gestes entrepris et les traitements donnés:**

**Complication(s) survenue(s) lors de la naissance:**



## OBSERVATIONS

### **Pathologie(s) de la délivrance:**

*(Indiquez quand la complication a été détectée, quand le diagnostic a été fait, quel traitement a été entrepris)*

### **Complication(s) survenue(s) lors de la naissance:**

*(Indiquez 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:**



## VIII. ACCOUCHEMENT (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

### > DELIVRANCE

- Administration prophylactique d'ocytocique :

0: Non	1: Oui	Si oui, à quel moment:	1: Epaule ant. ou naissance	2: Après la délivrance	3: A l'épaule et après la délivrance
--------	--------	------------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Délivrance artificielle:  0: Non  1: Oui
- Révision utérine: hors DA:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Episiotomie:  0: Non  1: Oui
- Déchirure périnéale:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Autres lésions traumatiques:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

En cas d'autre(s) lésion(s), indiquez la(es)quelle(s) : .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Anomalie(s) du placenta:  0: Non  1: Oui Non documentée

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, précisez la(es)quelle(s): .....

- Perte sanguine post-partum totale: .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Hémorragie du post-partum:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Si oui, veuillez remplir la fiche spéciale "hémorragie" située page 25**

- Autre(s) pathologie(s) du post-partum immédiat:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, précisez la(es)quelle(s): .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Y a-t-il eu une fiche de surveillance pour les deux premières heures du post-partum?  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

- Si la femme a accouché par :  
**Voie basse**

Combien de temps est-elle restée en salle de naissance après l'accouchement (en min)?

.....

- Césarienne**

Combien de temps est-elle restée en SSPI (en min)?

.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### > SUITES DE COUCHES

- Pathologie(s) durant les suites de couche:s  0: Non  1: Oui Si oui, précisez la(es)quelle(s):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Durée du séjour en suites de couches (en jour): .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Mode de sortie:  1: Décès  2: Transfert  3: Domicile

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Si sortie à domicile, traitement de sortie:

Si oui, lequel Dose: Durée:

- antibiotique:  .....
- inhibiteur de la lactation:  .....
- anticoagulant:  .....
- contraceptif hormonal  .....

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

- Consultation prévue après la sortie:  0: Non  1: Oui

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Si oui, quel service: .....

<input type="checkbox"/>
--------------------------

### OBSERVATIONS

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

## VIII. ACCOUCHEMENT (suite)

### > CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT OU LA FEMME A ACCOUCHE

Même maternité que celle prévue pour l'accouchement:  0: Non  1: Oui  
*Si oui, remplir seulement page 7*  
*Si non, compléter ci-dessous*

Nature :  1: CHU / CHR  2: CHG  3: Etablissement privé participant au service public  4: Etablissement privé  5: Autre

Si autre, précisez: .....

Type de soins périnataux:  1: I  2: II  3: III Nombre annuel de naissances: .....

Personnel médical: **Cochez les cases correspondantes:**

	Gynécologue-obstétricien		Anesthésiste-réanimateur			
	Présent dans le service	D'astreinte dans le service	Présent dans le service	D'astreinte dans le service	Présent dans l'établissement	D'astreinte dans l'établissement
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de sages-femmes présentes en salle de naissance et aux urgences: le jour: ..... la nuit: .....

Si une seule sage-femme est présente, a-t-elle en charge d'autres secteurs?  0: Non  1: Oui

Lieu de surveillance post-opératoire des femmes ayant eu une césarienne: .....

Services présents dans l'établissement:

	Banque de sang	Dépôt de sang	Radiologie interventionnelle	Laboratoire d'analyses médicales	Réa adulte Médicale/Chirurgicale
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si dépôt: .....  
 Nombre de culots disponibles: .....

GO   |   AR

☞ Si présence d'HTA, éclampsie, hémorragie, embolie amniotique ou pulmonaire, infection AVC, pathologie chronique préexistante, et/ou suicide veuillez remplir la(es) fiche(s) spéciale(s):

- ◇ page 25 si hémorragie
- ◇ page 31 si embolie amniotique
- ◇ page 35 si embolie pulmonaire
- ◇ page 39 si HTA, pré-éclampsie, éclampsie, Hellp syndrome
- ◇ page 43 si infection
- ◇ page 47 si accident vasculaire cérébral
- ◇ page 49 si pathologie chronique préexistante
- ◇ page 51 si suicide

☞ Si la patiente est décédée durant l'accouchement ou pendant les suites de couches dans d'autres circonstances, veuillez indiquer ci-contre:

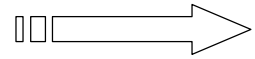
- ◇ quand la complication a été détectée,
- ◇ quand le diagnostic a été fait
- ◇ quel type de traitement a été entrepris.

☞ Si la pathologie a entraîné un transfert, une anesthésie et/ou une admission en réanimation, en USI ou en surveillance continue, veuillez remplir les fiches correspondantes situées ...

- ◇ page 21 si analgésie, anesthésie
- ◇ page 55 si transfert en réanimation, en unité de soins intensifs ou en surveillance continue

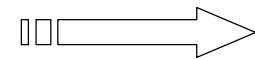
**Veillez indiquer de façon détaillée:**

- ◇ les hospitalisations et les transferts intervenus pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et le moment de survenue de la complication grave  
*(dont passage en réanimation, en unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue)*



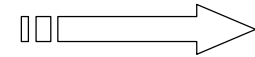
**Veillez préciser:**

- ◇ l'établissement d'hospitalisation ou du transfert ainsi que la nature du service d'accueil



**Veillez également indiquer dans les commentaires:**

- ◇ les circonstances du transfert (en urgence?)
- ◇ la qualité de la personne qui a décidé du transfert ou de l'hospitalisation



## FICHE HOSPITALISATION - TRANSFERT

Date et heure		Etablissement	Service	Motifs, Commentaires et difficultés au transfert
d'entrée	de sortie			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'anesthésie:**

*Si l'anesthésie a joué un rôle essentiel ou aggravant dans le décès maternel, veuillez indiquer la chronologie des événements*

*Merci de joindre une copie de la feuille d'anesthésie*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'anesthésie:**

*Si l'anesthésie a joué un rôle essentiel ou aggravant dans le décès maternel, veuillez indiquer la chronologie des événements*

*Merci de joindre une copie de la feuille d'anesthésie*



III. COMPLICATIONS D'UN ACTE ANESTHESIQUE/ANALGESIQUE

• RESPIRATOIRES:

0: Non	1: Oui
--------	--------

	Non	Oui		Non	Oui		
Intubation impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubation œsophagienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Intubation difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome de Mendelson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bronchospasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Extubation accidentelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

• HEMODYNAMIQUES:

0: Non	1: Oui
--------	--------

	Non	Oui		Non	Oui		
Choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Arrêt cardio-circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, type: .....				<input type="checkbox"/>

• REACTION ANAPHYLACTIQUE:

0: Non	1: Oui
--------	--------

• COMPLICATION D'ANESTHESIE LOCOREGIONALE

0: Non	1: Oui
--------	--------

• AUTRES COMPLICATIONS:

0: Non	1: Oui
--------	--------

Précisez lesquelles: .....

.....

.....

.....

.....

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitement médical, chirurgical, transfert, ...*

# FICHE HEMORRAGIES OBSTETRIQUES

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

## > DIAGNOSTIC INITIAL

• Date et heure des 1ers symptômes: ..... / ..... / ..... H .....  
 Délai 1er symptômes et décès: .....J et .....H

• Où ont-ils eu lieu ?

1: Salle de travail	2: Bloc opératoire	3: Salle de réveil	4: Chambre d'hospitalisation	5: Réanimation	6: Autre
---------------------	--------------------	--------------------	------------------------------	----------------	----------

Si autre, précisez : .....

• Nature du saignement: 

1: Saignement extériorisé	2: Hémo-péritoine	3: Trouble hémodynamique
---------------------------	-------------------	--------------------------

Si autre, précisez : .....

• Volume de perte sanguine (ml) au diagnostic initial: ..... Méthode d'estimation utilisée: .....

Au diagnostic initial précisez: FC ..... TA systolique ..... TA diastolique .....

Délai entre diagnostic et décès: .....J et .....H

• Qui a été appelé ? **Cochez les cases correspondantes:**

	Interne en Obstétrique	Obstétricien	Anesthésiste	Autre intervenant
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, heure d'arrivée:	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....

Si autre intervenant, précisez: .....

## > PRISE EN CHARGE

• Gestes et monitoring

Si oui, précisez:

	Non	Oui	Heure	Lieu
Sondage urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Délivrance artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Révision utérine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Examen sous valves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Suture périnéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Massage de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Packing intra-utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ballon intra-utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Embolisation artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ligature vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Suture utérine hémostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Hystérectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Réchauffage de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
2ème voie d'abord veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cathéter veineux central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Cathéter artériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....

en heures

en jours

Si oui, indiquez la durée de VM: (si <72h) ..... (si >=72h) .....

Autre(s) geste(s):   Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....

Grid for coding (J, M, A, H, Min) with multiple rows of boxes for recording data.

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'hémorragie:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents sur place, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie amniotique:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*





## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie amniotique:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heure) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie pulmonaire:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

Précisez ci-dessous les conclusions principales

*(en l'absence de compte rendu d'autopsie)*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'embolie pulmonaire:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les décisions prises: Appel de renfort, personnels présents, traitements médical, chirurgical, transfert, ...*

Précisez ci-dessous les conclusions principales

*(en l'absence de compte rendu d'autopsie)*

## FICHE EMBOLIE PULMONAIRE (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Traitement de l'embolie pulmonaire:

*Si oui, précisez:* Date et heure de la 1ère administration et le service prescripteur (SAMU, urgence, réa)

Fibrinolytiques (Urokinase, tPA)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
AVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
Héparine sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h
Héparine IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	..... h

<input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◊ Traitements associés

Dopamine, Dobutamine   *Si autre, précisez:*

Autre(s)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

◊ Chirurgie

0: Non	1: Oui
--------	--------

◊ Circulation extracorporelle

0: Non	1: Oui
--------	--------

◊ Antécédent familial de TEV

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Thrombophilie:

0: Non	1: Oui	2: Recherche non contributive	3: Non recherchée
--------	--------	-------------------------------	-------------------

*Si oui:* - Connue avant l'embolie

- Découverte à l'occasion de l'accident

- Type: Déficit en protéine C

Déficit en protéine S

Déficit en antithrombine III

Mutation du facteur V

Autre(s)   *Si oui, précisez:*

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**Si thrombophilie connue, veuillez remplir la fiche de pathologie préexistante page 49**

**Si transfert en réanimation ou USI ou surveillance continue, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur la prééclampsie ... :**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements (date et heures) permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les signes maternels et fœtaux manifestés, le personnel mobilisé, le traitement entrepris ...*

*Détaillez l'évolution des résultats, les décisions prises*





## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur la prééclampsie ... :**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les signes maternels et fœtaux manifestés, le personnel mobilisé, le traitement entrepris ...*

*Détaillez l'évolution des résultats, les décisions prises*

**FICHE PREECLAMPSIE SEVERE, ECLAMPSIE, HELLP SYNDROME (SUITE)**

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

- Examens biologiques: (Joindre une photocopie des bilans biologiques)

Paroxysme

Date (jour, mois): ..... / .....

Heure (H, min): ..... / .....

Protéinurie .....

Hémoglobine .....

Hématocrite .....

Plaquettes .....

Temps de prothrombine .....

TCA ou TCK (ratio) .....

Fibrinogène (g/l) .....

Créatinine .....

D-Dimères, complexes solubles .....

LDH .....

ASAT .....

ALAT .....

Haptoglobine .....

Schizocytes .....

- Imagerie cérébrale:

Date et heure

Scanner 

0: Non	1: Oui, sans anomalie détectée	2: Oui, avec anomalie détectée
--------	--------------------------------	--------------------------------

 .....

IRM 

0: Non	1: Oui, sans anomalie détectée	2: Oui, avec anomalie détectée
--------	--------------------------------	--------------------------------

 .....

**Si anomalie(s) détectée(s), détaillez sur la page de gauche**

- Un traitement antihypertenseur a-t-il été entrepris, ou modifié?

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, indiquez: la date et l'heure au début du traitement: ..... / ..... / .....

le type de traitement: .....

- Autres traitements:

	Non	Oui		Non	Oui
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autre, précisez: .....

- Prise en charge obstétricale de la patiente:

Tocolytiques 

0: Non	1: Oui
--------	--------

 Déclenchement 

0: Non	1: Oui
--------	--------

Césarienne 

0: Non	1: Oui
--------	--------

**Si oui, détaillez sur la page de gauche, le traitement et les décisions**

- Un examen anatomopathologique du placenta a-t-il été réalisé ?

0: Non	1: Oui
--------	--------

Si oui, précisez les résultats: .....

- La patiente a-t-elle été transférée en réanimation, unité de soins intensifs ou en unité de surveillance continue?

0: Non	1: Oui
--------	--------

**Si oui, veuillez remplir la fiche "réanimation" située page 55**

J   M

J   M

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'infection:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris ...*



## OBSERVATIONS

### Commentaires sur l'infection:

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète le personnel mobilisé, les traitements entrepris, les décisions prises ...*

## FICHE INFECTION GRAVE (SUITE)

*ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage*

• Examens microbiologiques pratiqués:

*Préciser si positif, et le micro organisme:*

Urines	0: Non	1: Oui	
Prélèvement vaginal	0: Non	1: Oui	
Hémoculture	0: Non	1: Oui	
Lavage broncho-alvéolaire	0: Non	1: Oui	
LCR	0: Non	1: Oui	
Autre(s)	0: Non	1: Oui	

*Si autre, précisez le site et les agents:* .....

**Si examens microbiologiques anormaux, détaillez sur la page de gauche**

• Facteur d'immunodéficience préexistant:

0: Non	1: Oui
--------	--------

*Si oui, précisez lequel:* .....

• Infection d'origine nosocomiale:

0: Non	1: Oui
--------	--------

• Complications survenues:

	Non	Oui		Non	Oui
Choc septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SDRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles myocardiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécrose tissulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Si autre, précisez :* .....

• Traitements entrepris:

	Non	Oui	Type traitement	
Antibiotiques initiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Modification d'antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si oui, précisez laquelle et la date ..... / .....
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Amines pressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
Date de début du traitement (J, M H, Min)				..... / ..... / .....
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....

*Si autre, précisez :* .....

Si grippe avérée, la patiente avait-elle été vaccinée:

0: Non	1: Oui	2: NSP
--------	--------	--------

Si oui, date: ..... / .....

Si non, pourquoi: .....

• Antibiothérapie prophylactique systématique

0: Non	1: Oui
--------	--------

*Si oui, précisez les circonstances:*

Césarienne	0: Non	1: Oui	Révision utérine	0: Non	1: Oui
Portage de strepto B	0: Non	1: Oui	Autre(s)	0: Non	1: Oui

*Si autre, précisez :* .....

N/O		Germe
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N/O		Type
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

**Si transfert en réanimation, USI ou surveillance continue, veuillez remplir la fiche réanimation située page 55**

## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur l'AVC:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*





## OBSERVATIONS

### Commentaires sur la maladie chronique:

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

#### Liste indicative (non restrictive) des pathologies concernées:

- ◇ Cardiopathie congénitale ou acquise
- ◇ Maladie inflammatoire ou auto-immune: Lupus, Maladie de Crohn, ...
- ◇ Maladie du tissu conjonctif: Syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, ...
- ◇ Maladie respiratoire: Asthme, BPCO, ...
- ◇ Pathologie mentale pré-existante (remplir la fiche dédiée page 49)
- ◇ Maladie endocrinienne: Hyperthyroïdie, Diabète, ...
- ◇ Maladie hématologique: Drépanocytose, ...
- ◇ Infection chronique: VIH, hépatite virale,
- ◇ Cancer

Remplir la fiche si le décès est en rapport avec la pathologie, ou si la pathologie a contribué au décès, même si le diagnostic a été fait pendant la grossesse

> PATHOLOGIE

- Nom de la pathologie (2 possibles): .....
- Contexte pathologique familial  0: Non  1: Oui Si oui, détaillez: .....
- Moment du diagnostic:  1: Avant la grossesse  2: Pendant la grossesse

> SI LA MALADIE ETAIT CONNUE AVANT LE DEBUT DE LA GROSSESSE:

- Date du diagnostic: ..... / ..... / .....
- Y avait-il une prise en charge spécialisée?  0: Non  1: Oui Si oui, précisez la spécialité : .....
- Date de la dernière consultation: ..... / ..... / .....
- Equilibre de la pathologie avant le début de la grossesse:
  - Y avait-il un traitement en cours?  0: Non  1: Oui Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....
  - Y avait-il des atteintes viscérales constituées?  0: Non  1: Oui Si oui, indiquez le(s)quel(s): .....
  - La maladie était-elle stabilisée?  0: Non  1: Oui
  - Y avait-il eu un épisode aigu, une décompensation avant le début de la grossesse?  0: Non  1: Oui
  - Si épisode aigu, décompensation indiquez, la date de l'épisode: ..... / ..... / .....  
la nature de l'épisode: .....
- Avis médical avant le début de la grossesse:  0: Non  1: Oui  2: non documenté  
Si oui, la grossesse avait-elle été formellement contre-indiquée?  0: Non  1: Oui  2: non documenté

> AU COURS DE LA GROSSESSE ET AVANT LA DECOMPENSATION FATALE:

- AG au moment du diagnostic (si fait en cours de grossesse): ..... (SA)
- Surveillance spécialisée de la maladie en cours de grossesse:  0: Non  1: Oui  
Si oui, indiquez la fréquence des consultations: .....
- Discussion d'IMG  0: Non  1: Oui  2: non documenté
- Modification du traitement de la maladie en cours de grossesse:  0: Non  1: Oui  
Si oui, détaillez : .....
- Le traitement de la maladie était-il une contre-indication à la grossesse?  0: Non  1: Oui
- Evolution de la maladie: Y a-t-il eu décompensation?  0: Non  1: Oui Si oui indiquez, la date de la décompensation: ..... / ..... / .....  
la nature de la décompensation: .....  
l'existence d'une hospitalisation:  0: Non  1: Oui

> DECOMPENSATION AYANT CONDUIT AU DECES:

- Date de début de la décompensation: ..... / ..... / .....
- Nature de la décompensation: .....
- Hospitalisation ¥  0: Non  1: Oui

Grid for coding the pathology and pregnancy details.

AG

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

J  M  A

✗En cas d'hospitalisation, veuillez remplir la fiche hospitalisation-transfert page 19

**Commentaires sur le suicide:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*



## OBSERVATIONS

### **Commentaires sur le suicide:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*



## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*





## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*

## FICHE REANIMATION (suite)

ne rien inscrire dans cette partie prévue pour le codage

• Etat de la patiente en réanimation:

	Bilan à l'arrivée		Episode le plus critique	
	Valeurs	Valeurs	Date et heure (J, M, H, min):	
Score de Glasgow	.....	.....	.....	
Fréquence cardiaque	.....	.....	.....	
Fréquence respiratoire	.....	.....	.....	
Pression artérielle	.....			
Systolique	.....	.....	.....	
Diastolique	.....	.....	.....	
Température	.....	.....	.....	
SpO2	.....	.....	.....	
Score d'IGS II	.....	.....	.....	

	arrivée	critique
Glasgow	J M	
FC	J M	
FR		
S	J M	
D	J M	
T		
SpO2		
IGS		

• Monitoring et assistance:

	Présent à l'arrivée en réa	Fait en réa	<i>Si fait en réa, précisez la date et l'heure:</i>	
	Cochez les cases correspondantes			
Pression veineuse centrale	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
Pression artérielle invasive	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
Intubation/ventilation assistée	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
Ventilation non invasive	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
Echographie cardiaque	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
Autre(s)	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....
	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....

Si autres, précisez: .....

	présent N/O	fait N/O
	J M	

Transfusion	Non	Oui	Date et Heure à la 1ère admission	Quantité totale
Culots globulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Plasma frais congelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....
Fibrinogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / .....	.....

	J	M	Quantité

## OBSERVATIONS

**Commentaires sur le séjour en réanimation, unité de soins intensifs ou service de surveillance continue:**

*Indiquez de façon détaillée la chronologie (date et heures) des événements permettant de comprendre l'évolution du cas, et précisez de façon plus complète les examens pratiqués, le personnel mobilisé, les traitements entrepris et les décisions prises ...*



**CONCLUSION**  
***AVIS DES ASSESSEURS***

**Sur l'enchaînement des événements ayant conduit au décès:**

**Sur la cause du décès:**



## AVIS SUR LE DEROULEMENT DE LA MISSION

oui non

- Avez vous rencontré des difficultés pour organiser la visite sur site?

Si oui, détaillez:

- Vous êtes vous déplacés sur le lieu du décès (établissement)?

Si non, pourquoi?

Sur un autre lieu:

Si oui, qui vous a accueillis?

Comment qualifieriez vous l'accueil que vous avez reçu par l'équipe soignante?

- Avez vous consulté les documents suivants? (oui/ non/ non applicable au cas)

Oui Non NA

Oui Non NA

- Dossier de surveillance prénatale

- Compte rendu césarienne

- Partogramme

- Compte rendu d'accouchement

- Fiche(s) d'anesthésie

- Compte rendu opératoire

- Dossier de soins infirmiers

- Compte rendu du séjour en réanimation

- Examens biologiques

- Rapport d'autopsie

- Fiche d'intervention SAMU

- Compte rendu RMM

Pour les documents non consultés, détaillez les raisons (dossier perdu, dossier dans un autre établissement, refus d'accès...):

- Détaillez d'autres difficultés rencontrées:

Avez vous des propositions pour améliorer le déroulement de vos futures missions d'assesseurs?

### Assesseur gynécologue-obstétricien/ sage-femme

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

### Assesseur anesthésiste-réanimateur

Nom :

Adresse :

Téléphone:

Courriel :

Date d'envoi du dossier à l'Inserm: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nous vous remercions pour votre contribution au dispositif national d'étude de la mortalité maternelle.