

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction Générale de la Prévention
et de la Promotion de la Santé

Institut National de Santé Publique

Direction de la Population

AUDIT DES DECES MATERNELS

QUESTIONNAIRE



Décembre 2013

QUESTIONNAIRE D'AUDIT CONFIDENTIEL DES DECES MATERNELS

Version : 28 novembre 2013

**Elaboré par un groupe de travail
Coordonné par le groupe technique « Audit des décès maternels »
de l'Institut National de Santé Publique**

QUESTIONNAIRE D'AUDIT CONFIDENTIEL DES DECES MATERNELS

Celui-ci comprend quatre parties :

- **Une partie commune qui est composée de six sections :**
 - Section 1 : caractéristiques de la femme
 - Section 2 : antécédents personnels de la femme
 - Section 3 : histoire de la grossesse ayant entraîné le décès
 - Section 4 : issue de la grossesse
 - Section 5 : enchaînement des événements ayant mené au décès
 - Section 6 : caractéristiques de l'établissement où a eu lieu l'issue de la grossesse
- **Une partie relative à la cause supposée de décès. Cette partie est composée de fiche(s) spécifique(s) selon la ou (les) cause(s) probable(s) de décès :**
 - Hémorragie
 - Prééclampsie
 - Pathologie chronique préexistante
 - Infection
- **Une partie relative à la prise en charge de la patiente. Cette partie est composée de trois fiches de prise en charge :**
 - Anesthésie-analgésie
 - Transfert-évacuation
 - Réanimation
- **La dernière partie « synthèse générale » qui reprend les éléments essentiels à la compréhension du décès notamment :**
 - La ou les cause(s) supposée(s) de décès
 - Les documents renseignés et les pièces jointes au dossier : si une autopsie a été réalisée, merci de joindre le compte-rendu de l'autopsie

La partie commune est à compléter en totalité quelque soit la cause du décès

Les parties II et III sont à compléter en fonction de la cause probable du décès et du type de prise en charge

Pour chaque décès maternel, renseigner le questionnaire et l'adresser ensuite à la direction de la population, Ministère de la Santé de la population et de la Réforme Hospitalière.

Ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente sur les documents suivants :

- Information confidentielle, page 8
- Section 1 : caractéristiques de la patiente, page 10
- Les photocopies anonymisées
 - du carnet de suivie, page 13
 - du compte-rendu opératoire, pages 18, 19, 20 et 23
 - du partogramme, page 21
 - du monitoring foetal, page 21
 - de surveillance des 2h qui suivent l'accouchement, page 25
 - des examens biologiques, pages 45, 51, 54, 82
 - du compte-rendu anesthésie, page 68
 - du monitoring de réanimation, page 82
 - du rapport d'autopsie, page 84
- Les fiches dupliquées, quand cela est nécessaire, des fiches
 - « naissances », page 23
 - « anesthésie », page 61
 - « transfert/évacuation », page 69

Table des matières

DEFINITION DU DECES MATERNEL	7
INFORMATIONS CONFIDENTIELLES	8
PARTIE I : PARTIE COMMUNE A COMPLETER EN TOTALITE	9
1. SECTION 1: CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE	10
2. SECTION 2: ANTECEDENTS PERSONNELS DE LA PATIENTE AVANT LA GROSSESSE AYANT ENTRAINE LE DECES	12
3. SECTION 3: HISTOIRE DE LA GROSSESSE AYANT ENTRAINE LE DECES	13
<i>Données générales</i>	13
<i>Surveillance prénatale</i>	13
<i>Pathologie durant la grossesse (qu'elle soit liée à la grossesse ou non)</i>	15
<i>Commentaires relatifs aux sections « 1, 2 et 3 »</i>	16
4. SECTION 4: ISSUE DE LA GROSSESSE	17
<i>Issue de la grossesse</i>	17
<i>La femme est décédée encore enceinte</i>	18
<i>Issue de grossesse <22 semaines (avortement, GEU, môle)</i>	19
<i>Accouchement ou césarienne ≥22 semaines</i>	20
<i>Données générales</i>	20
<i>Début et déroulement du travail</i>	20
<i>Naissance(s)</i>	23
<i>Délivrance</i>	25
<i>Surveillance des 2H qui suivent l'accouchement</i>	25
<i>Suite de couches entre les 2H et les 24H qui suivent l'accouchement</i>	26
<i>Commentaires relatifs à la section 4 « issue de la grossesse »</i>	27
5. SECTION 5 - ENCHAINEMENT DES EVENEMENTS AYANT MENE AU DECES	28
<i>Lieu et moment du décès</i>	28
<i>Prise en charge entre la sortie du domicile et l'endroit du décès</i>	29
<i>Prise en charge dans l'établissement où a été enregistré le décès</i>	32
<i>Commentaires relatifs à la section 5 « Enchaînement des événements ayant mené au décès »</i>	34
6. SECTION 6—CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT OU A EU LIEU L'ISSUE DE LA GROSSESSE	35
<i>Données générales</i>	35
<i>Moyens en personnel de la structure</i>	35

Moyens matériels disponibles dans la structure	36
Charge d'activité de la structure	36
Questions relatives au jour du décès	37
Commentaires relatifs à la section 6 « caractéristiques de l'établissement ... »	38
PARTIE II : FICHES SPECIFIQUES SELON LA CAUSE PROBABLE DE DECES	39
7. SECTION 7—FICHE HEMORRAGIE GRAVE DU PERIPARTUM OU DU PERIABORTUM	40
<i>Diagnostic initial</i>	40
<i>Prise en charge de l'hémorragie</i>	40
<i>Evolution</i>	43
<i>Causes principales de l'hémorragie</i>	44
<i>Commentaires relatifs à la section 7 « hémorragie grave du peripartum ou du peri-abortion »</i>	45
8. SECTION 8—FICHE PREECLAMPSIE SEVERE, ECLAMPSIE OU HELLP SYNDROME	46
<i>Données générales</i>	46
<i>Pression artérielle lors de l'épisode aigu</i>	46
<i>Troubles et symptômes lors de l'épisode aigu</i>	46
<i>Traitement lors de l'épisode aigu</i>	47
<i>Signes fœtaux</i>	48
<i>Examen biologiques lors de l'épisode aigu</i>	48
<i>Prise en charge médicale</i>	Erreur ! Signet non défini.
<i>Prise en charge obstétricale de la patiente</i>	49
<i>Complications</i>	50
<i>Commentaires relatifs à la section 8 « pré-éclampsie sévère, éclampsie et HELLP syndrome »</i>	51
9. SECTION 9—FICHE PATHOLOGIE CHRONIQUE PRE-EXISTANTE	52
<i>Pathologie</i>	52
<i>Evolution de la pathologie au cours de la grossesse et avant la décompensation fatale</i>	53
<i>Complications de la maladie au cours de la grossesse</i>	53
<i>Décompensation ayant conduit au décès</i>	53
<i>Commentaires relatifs à la section 9 « pathologie chronique préexistante »</i>	54
10. SECTION 10—FICHE INFECTION	55
<i>Données générales</i>	55
<i>Etat de la patiente</i>	55
<i>Commentaires relatifs à la section 10 « Fiche infection »</i>	59

PARTIE III : FICHES SELON LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE	60
11. SECTION 11—FICHE ANESTHESIE/ANALGESIE	60
<i>Données générales</i>	61
<i>Moyens disponibles</i>	61
<i>Surveillance et organisation</i>	61
Moniteurage utilisé	62
Situation clinique au début de l'acte opératoire :	62
<i>En cas d'anesthésie</i>	63
En cas d'anesthésie générale :	62
En cas d'anesthésie locorégionale(ALR)	64
<i>En cas d'analgésie</i>	64
Type d'analgésie	62
Produits utilisés	64
<i>Traitements instaurés au bloc opératoire</i>	65
<i>Complications</i>	66
<i>Commentaires relatifs à la section 11 « anesthésie/analgésie »</i>	68
12. SECTION 12—FICHE TRANSFERT/EVACUATION	69
<i>Données générales</i>	69
<i>Modalités de transfert</i>	70
<i>Etat de la patiente au moment du transfert</i>	71
<i>Traitement et complications pendant le transfert</i>	71
<i>Arrivée à l'établissement d'accueil</i>	72
<i>Commentaires relatifs à la section 12 « transfert/évacuation »</i>	73
13. SECTION 13—FICHE REANIMATION	74
<i>Gestes de réanimation en dehors du service de réanimation</i>	74
Pour quelle(s) indication(s)	76
Etat de la patiente au moment des 1ers gestes	76
<i>Hospitalisation en unité de réanimation, de soins intensifs</i>	77
Motif(s) d'admission	77
Etat obstétrical de la patiente au moment de l'admission	78
Etat de la patiente à l'arrivée en réanimation	78
Moniteurage présent à l'arrivée en unité de réanimation	78
Moniteurage réalisé en unité de réanimation	79
Transfusion	79
Traitement entrepris	80
Etat de la patiente lors du dernier bilan	80

Complication(s)	81
<i>Commentaires relatifs à la section 13 « séjour en unité de réanimation ou de soins intensifs »</i>	82
PARTIE IV : FICHE SYNTHÈSE GÉNÉRALE	83
14. SECTION 14 – SYNTHÈSE GÉNÉRALE	84

DEFINITION DU DECES MATERNEL

Le décès maternel se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Les décès maternels se subdivisent en deux groupes :

- **décès par cause obstétricale directe** : ce sont tous les décès qui résultent de complications obstétricales directement liées à la grossesse, au travail et aux suites de couches. Ces complications peuvent être la résultante d'interventions, de traitements incorrects, d'absence de traitement ou d'un enchaînement d'événements suite à cette grossesse... ;
- **décès par cause obstétricale indirecte** : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Cette page doit être enlevée avant de transmettre le dossier au groupe régional consultatif (GRC)

Numéro d'identification (à reprendre sur la
page suivante)

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance | | | | J | | | | M | | | | A

Age | | | | Années

Nom du mari

Adresse

Wilaya

Date de décès | | | | J | | | | M | | | | A

Heure du décès | | | | H | | | | mn

Lieu du décès (une seule réponse possible):

- Domicile | | |
- Structure de santé | | |
- Voie publique | | |
- Autre | | |

Si autre, préciser

Si décès survenu dans une structure de
santé, préciser le nom de la structure

PARTIE I

PARTIE COMMUNE A COMPLETER EN TOTALITE

Cette partie comprend six sections :

- **Section 1** : caractéristiques de la patiente, page 10
- **Section 2** : antécédents personnels de la patiente, page 12
- **Section 3** : histoire de la grossesse ayant entraîné le décès, page 13
- **Section 4** : issue de la grossesse, page 17
- **Section 5** : enchaînement des événements ayant mené au décès, page 28
- **Section 6** : caractéristiques de l'établissement où a eu lieu l'issue de la grossesse, page 35

1. SECTION 1: CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE

- 1.1. Numéro d'identification (identique à celui
de la page précédente)
- 1.2. Date de naissance J M A
- 1.3. Age (années) Années
- 1.4. Date du décès J M A
- 1.5. Heure du Décès H mn
- 1.6. Wilaya de résidence
- 1.7. Profession de la patiente
- 1.8. Niveau d'instruction de la patiente
- Analphabète
 - Ecole coranique
 - Primaire
 - Moyen
 - Secondaire
 - Universitaire
 - Non précisé
- 1.9. Profession du conjoint
- 1.10. Niveau d'instruction du conjoint
- Analphabète
 - Ecole coranique
 - Primaire
 - Moyen
 - Secondaire
 - Universitaire
 - Non précisé
- 1.11. Couverture sociale
- Oui
 - Non
 - Non précisé

SUITE SECTION 1

1.12. Lieu du décès

- Domicile ☐
- Maternité publique extrahospitalière ☐
- EHS mère/enfant ☐
- EPH ☐
- CHU ☐
- EHU ☐
- Structure de santé privée ☐
- Autre ☐
- Si autre, Préciser ☐

1.13. Moment du décès

- Pendant la grossesse ☐
 Si pendant la grossesse, préciser l'âge gestationnel
- Pendant l'avortement ☐
- Pendant le travail ou l'accouchement ☐
- Dans les 24 heures suivant l'issue de la grossesse ☐
- Dans les 42 jours suivant un avortement ☐
- Dans les 42 jours suivant un accouchement ☐
- Dans les 42 jours suivant l'issue d'une grossesse molaire ☐
- Dans les 42 jours suivant l'issue d'une grossesse extra-utérine ☐

1.14. Dans ces 4 derniers cas, préciser le nombre de jours séparant la date de l'accouchement ou de l'avortement, de la date du décès

1.15. Nom de l'assesseur

1.16. Qualité de l'assesseur

1.17. Lieu de travail

Numéro de téléphone

Adresse email

1.18. Date de l'enquête J M A

2. SECTION 2: ANTECEDENTS PERSONNELS DE LA PATIENTE AVANT LA GROSSESSE AYANT ENTRAINE LE DECES


2.1. Antécédents médicaux

- Oui ☐
- Non ☐
- Non précisé ☐

2.2. Si oui, préciser (plusieurs réponses possibles)

- HTA ☐
- Diabète ☐
- Cardiopathie ☐
- Asthme ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser
- Non précisé ☐

2.3. S'agit-il d'une première grossesse oui ☐ non ☐

 Si la réponse est « oui », aller directement à la section 3, page 13 – S'il ne s'agit pas d'une première grossesse, aller directement à la question 2.4

2.4. S'il ne s'agit pas d'une première grossesse, préciser le nombre de grossesses antérieures

Antécédents obstétricaux : En cas de grossesses antérieures, détailler le parcours de celles-ci dans le tableau suivant

Année	Accouchement basse (AVB) - Avortement (ABRT) - Césarienne (CS) Gros. Molaire (GM) - GEU	voie	Vivant (V) Mort-né (MN)	Sexe (M/F)	Observations / Pathologies durant la grossesse, l'accouchement, le postpartum

3. SECTION 3: HISTOIRE DE LA GROSSESSE AYANT ENTRAINE LE DECES***Données générales***


- 3.1. Date des dernières règles J M A
non précisé
- 3.2. Date prévue pour l'accouchement J M A
non précisé
- 3.3. Date d'accouchement confirmée par échographie
au 1^{er} trimestre
- Oui
 - Non
 - Non précisé
- 3.4. S'agit-il d'une grossesse multiple
- Oui
 - Non
 - Non précisé
- 3.5. La patiente était-elle obèse avant la grossesse oui non
- 3.6. Si oui, IMC
- 3.7. Si pas d'IMC, poids avant la grossesse Kg

Surveillance prénatale

- 3.8. La grossesse a-t-elle été suivie oui non

 Si la réponse est « non », aller directement à la question **3.20**, page **15**

- 3.9. Si oui, avez-vous eu accès au carnet de suivi de la grossesse oui non

 Si la réponse est « oui » merci de fournir une photocopie anonymisée et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

- 3.10. Age gestationnel à la 1^{ère} consultation
- En semaines et jours Sem jour
 - Si non connu avec précision, mentionner l'âge en mois et/ou en trimestre Mois Trimestre
 - Non précisé

Surveillance prénatale (suite)**3.11. Age gestationnel à la dernière consultation**

- En semaines et jours Sem jour
- Si non connu avec précision, mentionner l'âge en mois et/ou en trimestre Mois Trimestre
- Non précisé

3.12. Nombre total de consultations

Si pas de décompte exact, merci d'écrire les détails disponibles en clair

3.13. Qui a suivi la consultation (plusieurs réponses possibles)

- Obstétricien
- Autre spécialiste
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Accoucheuse rurale
- non précisé

3.14. A-t-elle été suivie en consultation de grossesse à haut risque (GHR)

- Oui
- Non
- Non précisé

Compléter le tableau concernant le suivi de la grossesse pour chaque paramètre cité

Examen	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Echographie (nombre effectué)	3.15.1 <input type="text"/>	3.15.2 <input type="text"/>	3.15.3 <input type="text"/>
Hémoglobine (g/dl) - (valeur ou non-fait ou non-disponible)	3.16.1	3.16.2	3.16.3
Hématocrite (%) – (valeur ou non fait ou non disponible)	3.17.1	3.17.2	3.17.3
Plaquettes (mm ³) - (valeur ou non-fait ou non-disponible)	3.18.1	3.18.2	3.18.3
Prescription de fer (oui/non)	3.19.1	3.19.2	3.19.3


Commentaires relatifs aux sections « 1, 2 et 3 ».

Préciser les antécédents médicaux, obstétricaux et l'histoire de la grossesse ayant entraîné le décès et/ou un risque préexistant (consultation GHR, choix et respect du niveau d'accouchement etc.) non mentionnés ou non détaillés dans les pages précédentes


4. SECTION 4: ISSUE DE LA GROSSESSE***Issue de la grossesse***

4.1. La grossesse s'est terminée par (une seule réponse possible)


- Un accouchement ou une césarienne (≥ 22 semaines) ☐

 Merci de compléter les questions **4.4.1 - 4.4.68**, page **20**

- Une issue précoce (< 22 semaines) : fausse couche, ☐
grossesse extra-utérine, môle

 Merci de compléter les questions **4.3.1 - 4.3.6**, page **19**

- La patiente est décédée encore enceinte ☐

 Merci de compléter les questions **4.2.1 - 4.2.4**, page **18**

La femme est décédée encore enceinte

4.2.1. Age gestationnel au moment du décès : Sem Jour

4.2.2. Y a-t-il eu intervention chirurgicale avant le décès oui ☐ non ☐

4.2.3. Si oui, en préciser la ou les raison(s)

[illegible]

👉 S'il y a eu intervention chirurgicale, merci de joindre une photocopie anonymisée du compte-rendu opératoire, ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente et compléter la fiche anesthésie page 61, questions 11.1 à 11.86

4.2.4. Expliquer les circonstances du décès et pourquoi il n'y a pas eu d'issue de grossesse

[illegible]

Issue de grossesse < 22 semaines (avortement, GEU, môle)

4.3.1 Type d'issue

- Avortement spontané ☐
- Avortement thérapeutique ☐
- Grossesse extra-utérine ☐
- Grossesse molaire ☐

4.3.2 Comment la grossesse s'est-elle terminée


- Expulsion spontanée ☐
- Expulsion après prise de Cytotec ☐
- Avec curetage/aspiration ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

4.3.3 Date de l'issue de la grossesse / / J / / M / / A

4.3.4 Heure de l'issue de la grossesse / H / mn


4.3.5 Age gestationnel à la fin de la grossesse / Sem / Jour

4.3.6 Y a-t-il eu analgésie ou anesthésie (intervention chirurgicale) oui ☐ non ☐

 Si la réponse est « oui », merci de compléter la fiche anesthésie page 61, questions 11.1 à 11.86, et de joindre la photocopie anonymisée du compte-rendu opératoire sans omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

Accouchement ou césarienne ≥ 22 semaines**Données générales**

- 4.4..1. Date d'arrivée dans la maternité J M A
d'accouchement
- 4.4..2. Heure d'arrivée dans la maternité H mn
d'accouchement
- 4.4..3. Age gestationnel Sem jours
- 4.4..4. Prise de la pression artérielle oui non
- 4.4..5. Si oui, valeur de la systolique mm de Hg
- 4.4..6. Si oui, valeur de la diastolique mm de Hg
- 4.4..7. Etat du fœtus à l'admission
- Vivant
 - Décédé
- 4.4..8. Y a-t-il eu césarienne avant le travail oui non
- 4.4..9. Si oui, préciser l'indication
- Césarienne programmée
Si oui, pour quelle(s) raison(s)
 - Césarienne réalisée en urgence
Si oui, pour quelle(s) raison(s)

 Si césarienne avant travail, aller directement à la rubrique naissance, à partir de la question **4.4.27, page 23**, et joindre une photocopie anonymisée du compte rendu opératoire sans omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

Début et déroulement du travail

- 4.4..10. Début du travail
- Spontané
 - Déclenché
- 4.4..11. En cas de travail déclenché, préciser la ou les indication(s)
.....
- 4.4..12. En cas de travail déclenché, préciser les moyens utilisés (plusieurs réponses possibles)
- Rupture artificielle des membranes
 - Ocytociques
 - Prostaglandines
 - Autre
 - Si autre, préciser

Début et déroulement du travail (suite)

4.4..13. Rupture des membranes

- Spontanée ☐
- Provoquée ☐
- Non précisé ☐

4.4..14. Date de la rupture des membranes

☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ ☐ M ☐ ☐ ☐ ☐ A
Non précisé ☐

4.4..15. Heure de la rupture des membranes


☐ ☐ ☐ H ☐ ☐ ☐ mn
Non précisé ☐

4.4..16. Couleur du liquide amniotique

- Claire ☐
- Teintée ☐
- Méconniale (purée de pois) ☐
- Non précisé ☐


4.4..17. Partogramme disponible

oui ☐ non ☐

 Si la réponse est « oui », merci de fournir une photocopie anonymisée et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

4.4..18. Surveillance fœtale (plusieurs réponses possibles)

- Non ☐
- Avec un stéthoscope obstétrical ☐
- Avec un monitoring discontinu ☐
- Avec un monitoring continu ☐
- Non précisé ☐

 S'il existe un monitoring, merci de fournir une photocopie anonymisée et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

4.4..19. Qui a surveillé le travail (plusieurs réponses possibles)

- Obstétricien ☐
- Résident ☐
- Médecin généraliste ☐
- Sage-femme ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser ☐
- Non précisé ☐

Début et déroulement du travail (suite)

4.4..20. Pathologie présente au cours du travail

- Oui ☐
- Non ☐
- Non précisé ☐

4.4..21. Si oui, préciser le type

- Hémorragie ☐
- Rupture utérine ☐
- Pré-éclampsie/éclampsie ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser


4.4..22. Thérapeutiques administrées au cours du travail

- Oui ☐
- Non ☐
- Non précisé ☐


4.4..23. Si oui, préciser (plusieurs réponses possibles)

- Ocytociques ☐
- Antispasmodiques ☐
- Bêtamimétiques ☐
- Antihypertenseurs ☐
- Sulfate de magnésium ☐
- Antibiotiques ☐
- Anticonvulsivants ☐
- Analgésiques ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

4.4..24. Durée totale du travail H mn4.4..25. Décès survenu pendant le travail oui ☐ non ☐4.4..26. Y a-t-il eu une analgésie ou une anesthésie oui ☐ non ☐

 Si la réponse est « oui », et que le décès est en rapport avec l'accouchement, ne pas omettre de compléter la fiche anesthésie, page 61, questions 11.1 à 11.86

Naissance(s)

 Merci de dupliquer la partie naissance (pages 23-24) autant de fois qu'il y a d'enfants nés (jumeaux, triplés...) et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

4.4..27. Date de naissance J M A

4.4..28. Heure de naissance H mn

4.4..29. Qui a effectué l'accouchement


- Obstétricien ☐
- Médecin généraliste ☐
- Sage-femme ☐
- Accoucheuse rurale ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser
- Non précisé ☐

4.4..30. Présentation du fœtus

- Sommet fléchi ☐
- Sommet bregma-front ☐
- Sommet face ☐
- Siège ☐
- Transverse ☐
- Non précisé ☐

4.4..31. Modalités d'accouchement

- Voie basse spontanée ☐
- Voie basse forceps ☐
- Voie basse ventouse ☐
- Césarienne ☐

 Si accouchement par césarienne, merci de joindre une photocopie anonymisée du compte rendu opératoire sans omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

Naissance(s) (suite)

4.4..32. Si césarienne, a-t-elle été programmée oui ☐ non ☐

4.4..33. Si césarienne, a-t-elle été réalisée en oui ☐ non ☐
urgence

4.4..34. Si césarienne, préciser l'indication
.....

4.4..35. Etat du nouveau-né à la naissance

- Vivant ☐
- Mort-né non macéré ☐
- Mort-né macéré ☐

4.4..36. Poids à la naissance grammes

4.4..37. Apgar à 1 mn Non précisé ☐

4.4..38. Apgar à 5 mn Non précisé ☐

Délivrance

4.4..39. Modalités de la délivrance

- Spontanée ☐
- Dirigée ☐
- Artificielle ☐
- Non précisé ☐

4.4..40. Révision utérine ☐ oui ☐ non ☐4.4..41. Présence de déchirures périnéales ☐ oui ☐ non ☐4.4..42. Autres lésions traumatiques présentes ☐ oui ☐ non ☐

Si oui, préciser le type de lésions

.....

4.4..43. Présence d'une hémorragie de la délivrance ☐ oui ☐ non ☐**Surveillance des 2H qui suivent l'accouchement**4.4..44. Y a-t-il une fiche de surveillance pour les 2 premières heures qui suivent l'accouchement ☐ oui ☐ non ☐

☞ Si la réponse est « oui », merci de fournir une photocopie anonymisée et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

4.4..45. Présence de pathologie durant les 2 premières heures qui suivent l'accouchement ☐ oui ☐ non ☐

4.4..46. Si oui, préciser laquelle ou lesquelles

.....

Indiquer les paramètres surveillés et la dernière valeur observée dans les 2H qui suivent l'accouchement4.4..47. Pression artérielle mesurée ☐ oui ☐ non ☐4.4..48. Si oui, valeur de la systolique mm de Hg4.4..49. Si oui, valeur de la diastolique mm de Hg

4.4..50. Fréquence cardiaque oui ☐ non ☐

4.4..51. Si oui, nombre de battements/mn

4.4..52. Saignement présent oui ☐ non ☐

4.4..53. Globe de sécurité présent oui ☐ non ☐

Indiquer les paramètres surveillés et la dernière valeur observée entre les 2H et les 24H qui suivent l'accouchement

- | | | | | |
|--|----------------|----------|-----|-----|
| 4.4..54. Pression artérielle mesurée | oui | \|_\|_\| | non | \|_\|_\| |
| 4.4..55. Si oui, valeur de la systolique | \|_\|_\|_\|_\| | mm de Hg | | |
| 4.4..56. Si oui, valeur de la diastolique | \|_\|_\|_\|_\| | mm de Hg | | |
| 4.4..57. Fréquence cardiaque | oui | \|_\|_\| | non | \|_\|_\| |
| 4.4..58. Si oui, nombre de battements/mn | \|_\|_\|_\|_\| |  |  |  |
| 4.4..59. Saignement présent | oui | \|_\|_\| | non | \|_\|_\| |
| 4.4..60. Température mesurée | oui | \|_\|_\| | non | \|_\|_\| |
| 4.4..61. Si oui, préciser la température | \|_\|_\|_\|_\|, \|_\|_\| | °C | | |
| 4.4..62. Présence de pathologie durant cette période | oui | \|_\|_\| | non | \|_\|_\| |
| 4.4..63. Si oui, préciser laquelle ou lesquelles | | | | |

26/85

Commentaires relatifs à la section 4 « issue de la grossesse »

Mentionner tout évènement ou information, vous paraissant important, concernant l'issue de la grossesse mais pas ceux relatifs à l'enchaînement d'évènements ayant mené au décès qui seront précisés en section 5 – Ne pas oublier de mentionner les choix des filières de soins (niveau d'accouchement etc.) et les ressources humaines sollicitées

5. SECTION 5 - ENCHAÎNEMENT DES ÉVÉNEMENTS AYANT MENE AU DÉCÈS

Lieu et moment du décès

5.1. Moment du décès (une seule réponse possible) :

- Pendant la grossesse (femme toujours enceinte)
 - 1^{er} trimestre ☐
 - 2^{ème} trimestre ☐
 - 3^{ème} trimestre ☐
 - Durant la grossesse à un moment non précisé ☐
- Pendant le travail & l'accouchement
 - Durant la phase de latence (≤ 3 cms dilatation) ☐
 - Durant la phase active (> 3 cms) ☐
 - Pendant l'expulsion : voie basse spontanée ou instrumentale ☐
 - Pendant la césarienne ☐
 - Durant le travail à un moment non précisé ☐
- Après la naissance
 - PP immédiat (< 24 h après l'accouchement) ☐
 - Entre 24h et 7 jours complets (=168h) après l'accouchement ☐
 - Entre J8 et J42 après l'accouchement ☐
 - Après la naissance à un moment non précisé ☐
- Après un avortement, une GEU ou une môle ☐


5.2. Lieu du décès (une seule réponse possible)

- CHU/EHU ☐
- EPH ☐
- EHS mère /enfant ☐
- Maternité publique extrahospitalière ☐
- Structure de santé privée ☐
- SAMU ☐
- Autre ambulance ☐
- Voiture ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser : ☐

Prise en charge entre la sortie du domicile et l'endroit du décès

5.3. La patiente est-elle allée directement de son domicile à l'endroit où elle est décédée ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas d'information ☐

 Quelle que soit la réponse précédente, remplir le tableau page **30**, relatif au parcours de la patiente entre son domicile et la (les) différente(s) structure(s) de prise en charge

Reconstitution du parcours de la parturiente entre son domicile et la dernière structure de prise en charge

	Type de structure	Commune et wilaya	Heure d'arrivée	Heure de départ	Motif de départ	Moyens de transport	Prise en charge
Domicile							
1 ^{ère}	structure de soins						
2 ^{ème}	structure de soins						
3 ^{ème}	structure de soins						
4 ^{ème}	structure de soins						
5 ^{ème}	structure de soins						

Structure de soins : CHU/EHU, EPH, EHS mère/enfants, maternité publique extra-hospitalière, clinique privée ...
Moyens de transport : par ses propres moyens, SAMU, protection civile, ambulance médicalisée, ambulance non médicalisée, autre (préciser)

Si le tableau précédent est insuffisant, veuillez apporter toutes les précisions que vous jugerez nécessaires à ce niveau

Prise en charge dans l'établissement où a été enregistré le décès**5.4. Service d'arrivée dans l'établissement où a été enregistré le décès**

- Urgences ☐
- Maternité ☐
- Réanimation ☐
- Cardiologie ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser
- Non précisé ☐

5.5. Date d'arrivée dans l'établissement ☐☐☐ J ☐☐☐ M ☐☐☐☐ A**5.6. Heure d'arrivée dans l'établissement** ☐☐☐ H ☐☐☐ mn**5.7. La patiente est arrivée**

- Par ses propres moyens ☐
- SAMU / Protection civile / Pompiers ☐
- Autre ambulance ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser
- Non précisé ☐

5.8. Etat de la patiente à l'arrivée dans l'établissement

- Vivante, n'ayant pas nécessité de gestes de réanimation ☐
- Patiente en détresse aiguë nécessitant une prise en charge en réanimation * ☐
- Etat de mort apparente / coma ☐
- Décédée ☐

* Détresse hémodynamique, détresse respiratoire, détresse neurologique ...

5.9. Date d'arrivée dans le service où a eu lieu le décès ☐☐☐ J ☐☐☐ M ☐☐☐☐ A**5.10. Heure d'arrivée dans le service où a eu lieu le décès** ☐☐☐ H ☐☐☐ mn**5.11. Diagnostic évoqué à l'arrivée**

.....

Prise en charge dans l'établissement où a été enregistré le décès (suite)

5.12. Service où est survenu le décès

- Urgences ☐
- Maternité ☐
- Réanimation ☐
- Cardiologie ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser


5.13. Cause(s) du décès

.....

.....

5.14. Causes du décès liées à

- Pathologie chronique pré-existante ☐
- Hémorragie ☐
- Infection ☐
- Pré-éclampsie ☐
- Éclampsie ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

 En fonction de la cause probable du décès, remplir la ou les fiche(s) correspondante(s)


- Si hémorragie, aller à la fiche « **hémorragie grave du péri partum ou péri abortum** » Page 40
- Si éclampsie ou pré-éclampsie, aller à la fiche « **pré-éclampsie sévère, éclampsie et HELLP syndrome** » Page 46
- Si pathologie chronique pré-existante, aller à la fiche « **pathologie chronique pré-existante** » Page 52
- Si infection, aller à la fiche « **infection** » Page 55


5.15. Date du décès

J M A

5.16. Heure du décès

H mn


 Indépendamment de la cause de décès, n'oublier pas de remplir si nécessaire, les fiches « anesthésie », « transfert » et « réanimation »

 Avant de détailler les causes de décès, ne pas omettre de remplir la fiche « caractéristiques de l'établissement », section 6.0, page 35

Commentaires relatifs à la section 5 « Enchaînement des évènements ayant mené au décès ».

Si des détails ou des commentaires supplémentaires sont disponibles pour cette section, veuillez les rapporter ci-dessous -

**6. SECTION 6—CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT OU A EU LIEU
L'ISSUE DE LA GROSSESSE
(accouchement, avortement, GEU, môle)**

 Commencez par vous référer aux données du ministère de la santé pour compléter ce document (6.1 - 6.11), puis remplissez les questions qui ont trait au jour du décès avec les soignants qui ont vécu les événements (6.12-6.19)

Données générales

6.1. Type d'établissement

- CHU/EHU ☐
- EPH ☐
- EHS mère/enfant ☐
- Maternité publique extrahospitalière ☐
- Maternité privée ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

Moyens en personnel de la structure

6.2. Obstétricien présent dans la maternité

- Non ☐
- Oui, uniquement de jour ☐
- Oui, avec garde effective ☐
- Oui, seulement en garde d'astreinte ☐
- Oui, privé conventionné (c.à.d. appelé en cas de nécessité) ☐

6.3. Médecin anesthésiste réanimateur affecté au service de gynécologie-obstétrique ou à la maternité

- Non ☐
- Oui, uniquement de jour ☐
- Oui, avec garde effective ☐
- Oui, seulement en garde d'astreinte ☐
- Oui, privé conventionné (c.à.d. appelé en cas de nécessité) ☐

6.4. Anesthésiste réanimateur présent dans l'établissement oui ☐ non ☐

Moyens en personnel de la structure (suite)6.5. Nombre de sages-femmes affectées à la maternité

6.6. Nombre de sages-femmes présentes dans la maternité

— Le jour — La nuit ou au cours de la garde **Moyens matériels disponibles dans la structure**

6.7. Y a-t-il un bloc opératoire dans l'établissement

— Non — Oui, dans l'établissement mais en dehors de la maternité — Oui mais bloc opératoire commun aux différents services — Oui, dans la maternité 6.7. Y a-t-il une banque de sang dans l'établissement oui non

6.8. Y a-t-il, dans l'établissement, un laboratoire qui permet d'obtenir (plusieurs réponses possibles)

— Une numération sanguine complète — L'hémoglobine / hématocrite — Le taux de plaquettes — Les facteurs de coagulation — Le taux de bilirubine — Le taux de transaminases — La créatinine — Le groupe sanguin et sa compatibilité

6.9. Le laboratoire fonctionne

— 24h/24 tous les jours de la semaine — Uniquement aux heures ouvrables — Autre

— Si autre, préciser.....

— Il n'y a pas de laboratoire **Charge d'activité de la structure**6.10. Durant une année, nombre d'accouchements dans la structure

Charge d'activité de la structure (suite)

6.11. Durant une année, nombre de césariennes dans la structure

Questions relatives au jour du décès

6.12. Le jour où la patiente est décédée, nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans la structure

6.13. Le jour où la patiente est décédée, nombre de césariennes qui ont eu lieu dans la structure

6.14. Lorsque la patiente est arrivée dans l'institution, l'obstétricien était présent dans la maternité oui non

6.15. Lorsque la patiente est arrivée dans l'institution, l'anesthésiste-réanimateur était présent dans la maternité oui non

6.16. Lorsque la patiente est arrivée dans l'institution, le staff de sages-femmes était au complet oui non

6.17. Lors de la prise en charge de la patiente, le bloc opératoire était disponible immédiatement oui non

6.18. Lors de la prise en charge de la patiente, les produits sanguins étaient disponibles immédiatement oui non

6.19. Lors de la prise en charge, le laboratoire a fourni des résultats rapidement (dans les 2h) oui non

Commentaires relatifs à la section 6 « caractéristiques de l'établissement ... »

Indiquer si cela est pertinent, les difficultés rencontrées, même si vous pensez qu'elles n'ont pas forcément contribué au décès (problèmes de matériel, ressources humaines, besoin d'un chirurgien expert en chirurgie d'hémostase etc.) -

Partie II

FICHES SPECIFIQUES SELON LA CAUSE PROBABLE DE DECES

Cette partie comprend quatre sections :

- **Section 7 :** fiche hémorragie grave du peripartum ou du periabortum, page 40
- **Section 8 :** fiche prééclampsie sévère, éclampsie ou Hellp syndrome, page 46
- **Section 9 :** fiche Pathologie chronique préexistante, page 52
- **Section 10 :** fiche Infection, page 55

7. SECTION 7—FICHE HÉMORRAGIE GRAVE DU PERIPARTUM OU DU PERIABORTUM

Diagnostic initial

- 7.1. Date d'arrivée dans l'établissement J M A
- 7.2. Heure d'arrivée dans l'établissement H mn
- 7.3. Lieu de survenue de l'hémorragie
- Salle de travail ☐
 - Salle d'accouchement ☐
 - Bloc opératoire ☐
 - Salle de réveil ☐
 - Chambre d'hospitalisation ☐
 - Réanimation ☐
 - Domicile ☐
 - Autre ☐
 - Si autre, préciser
- 7.4. Saignement extériorisé Oui ☐ Non ☐
- 7.5. Patiente en collapsus ou en état de choc Oui ☐ Non ☐
- 7.6. Estimation de la quantité de sang perdue
- Minime Oui ☐ Non ☐
 - Modérée Oui ☐ Non ☐
 - Importante Oui ☐ Non ☐
- 7.7. Essayer d'estimer en ml la quantité de sang perdue ml

Prise en charge de l'hémorragie

- 7.8. Mise en place d'une voie d'abord Non ☐ Oui, une ☐ Oui, deux ☐
- 7.9. Si oui, quel type
- Veineux périphérique ☐
 - Calibre G14 (gauge) ☐
 - Calibre G16 ☐
 - Calibre G18 ☐
 - Veineux central ☐

Prise en charge de l'hémorragie (suite)7.10. Réchauffement de la patiente Oui ☐ Non ☐7.11. Soluté de remplissage Oui ☐ Non ☐**Si oui, compléter le tableau concernant les solutés de remplissage utilisés**

Solutés de remplissage	Oui/non	Quantité (en ml)	Date	Heure de la 1 ^{ère} administration
Cristalloïdes	7.12.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.12.2 .....	.....	7.12.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
Colloïdes	7.13.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.13.2 .....	.....	7.13.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			

7.14. Disponibilité des produits sanguins Oui ☐ Non ☐7.15. Administration de produits sanguins Oui ☐ Non ☐**Si oui, compléter le tableau concernant l'administration des produits sanguins**

Produits sanguins	Oui/non	Quantité (en ml)	Date	Heure de la 1 ^{ère} administration
Sang total	7.16.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.16.2 .....	.....	7.16.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
Culot globulaire	7.17.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.17.2 .....	.....	7.17.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
Plaquettes	7.18.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.18.2 .....	.....	7.18.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
PFC	7.19.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.19.2 .....	.....	7.19.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			

Administration d'autres produits

Autres Produits	Oui/non	Quantité (en ml)	Date	Heure de la 1 ^{ère} administration
Fibrinogène	7.20.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.20.2 .....	.....	7.20.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
Antofibrinolytique	7.21.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.21.2 .....	.....	7.21.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			
Autre, préciser	7.22.1 Oui <input type="checkbox"/>	7.22.2 .....	.....	7.22.3 |__|__| H
	Non <input type="checkbox"/>			

Prise en charge de l'hémorragie (suite)

7.23. Autres gestes de réanimation Oui ☐ Non ☐

7.24. Si oui, préciser lesquels

.....

7.25. Traitement médicamenteux (ne pas inclure les traitements à visée préventive)

– Syntocinon ☐

– Méthergin ☐

– Autre (Cytotec...) ☐

– Si autre, préciser

7.26. Délivrance artificielle Oui ☐ Non ☐

7.27. Révision utérine Oui ☐ Non ☐

7.28. Ligature vasculaire Oui ☐ Non ☐

7.29. Hystérectomie Oui ☐ Non ☐

7.30. Autre geste Oui ☐ Non ☐

7.31. Si oui, préciser

.....

7.32. Bilan sanguin Oui ☐ Non ☐

 si la réponse est « non », aller directement à la question **7.45**, page **43**

7.33. Date du 1^{er} bilan J M A

7.34. Heure du 1^{er} bilan H mn

7.35. Date du dernier bilan J M A

7.36. Heure du dernier bilan H mn

Prise en charge de l'hémorragie (suite)**Veillez préciser les valeurs des examens ci-dessous**

	1 ^{er} bilan		Dernier bilan	
7.37. Taux d'hémoglobine	|_|_|_|_|_|	g/dl	|_|_|_|_|_|	g/dl
7.38. Taux d'hématocrite	|_|_|_|_|_|	%	|_|_|_|_|_|	%
7.39. Taux de plaquettes	|_|_|_|_|_|	10 ³	|_|_|_|_|_|	10 ³
7.40. Taux de prothrombine	|_|_|_|_|_|	%	|_|_|_|_|_|	%
7.41. TCK	|_|_|_|_|_|	%	|_|_|_|_|_|	%
7.42. Créatinémie	|_|_|_|_|_|	mg/l	|_|_|_|_|_|	mg/l
7.43. Urée	|_|_|_|_|_|	g/l	|_|_|_|_|_|	g/l
7.44. Autre, préciser			

Evolution

7.45. Syndrome de détresse respiratoire	Oui	|_|	Non	|_|
7.46. Œdème aigu du poumon	Oui	|_|	Non	|_|
7.47. CIVD	Oui	|_|	Non	|_|
7.48. Insuffisance rénale aiguë	Oui	|_|	Non	|_|
7.49. Etat de choc	Oui	|_|	Non	|_|
7.50. Arrêt cardiaque	Oui	|_|	Non	|_|
7.51. Autre	Oui	|_|	Non	|_|
7.52. Si oui, préciser	.....		
7.53. Transfert/évacuation	Oui	|_|	Non	|_|

☞ En cas de transfert/évacuation, merci de compléter la fiche transfert/évacuation en page 69, questions 12.1 à 12.45

☞ En cas d'admission en réanimation ou de mise en place d'une réanimation, merci de compléter la fiche réanimation en page 74, questions 13.1 à 13.127

Causes principales de l'hémorragie

7.54. Atonie utérine	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.55. Placenta prævia	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.56. Placenta accreta	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.57. Hématome rétroplacentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.58. Coagulopathie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.59. Rupture utérine	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.60. Perforation utérine	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.61. Autre lésion traumatique génitale	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.62. Autre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
7.63. Si autre, préciser				

Commentaires relatifs à la section 7 « hémorragie grave du peripartum ou du peri-abortionum »


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

Joindre éventuellement les résultats des examens biologiques

8. SECTION 8—FICHE PREECLAMPSIE SEVERE, ECLAMPSIE OU HELLP SYNDROME

Données générales

8.1. Accident inaugural Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

 Si la réponse est « non », c.à.d. pas d'accident inaugural ou ne sait pas, aller directement à la question 8.4

8.2 Si oui, date de survenue / / J / / M / / A

8.3 Si oui, heure de survenue / H / / mn

Si pas d'accident inaugural, veuillez préciser les chiffres tensionnels les plus élevés, observés durant la grossesse, en dehors de l'épisode actuel

8.4 Systolique / / mm de Hg

8.5 AG au moment de la mesure / Sem / / J

8.6 Diastolique / / mm de Hg

8.7 AG au moment de la mesure / Sem / / J

8.8 Protéinurie recherchée durant la grossesse Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

8.9 Si oui, AG au moment de la mesure / Sem / / J

8.10 Y a-t-il eu un traitement anti hypertensif Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

8.11 Si oui, préciser le traitement

8.12 La pression artérielle a-t-elle été stabilisée sous traitement Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Pression artérielle lors de l'épisode aigu

Veuillez préciser les chiffres tensionnels les plus élevés, observés durant cet épisode aigu (épisode actuel)

8.13 Systolique / / mm de Hg

8.14 Diastolique / / mm de Hg

8.15 AG au moment de la mesure / Sem / / J

Troubles et symptômes lors de l'épisode aigu

8.16 Céphalée Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

8.17 Troubles de la vue Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Troubles et symptômes lors de l'épisode aigu (suite)

8.18 Convulsions	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.19 Perte de connaissance	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.20 Douleurs abdominales basses	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.21 Douleur de l'épigastre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.22 Œdème facial	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.23 Œdème généralisé	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.24 Métrorragies	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.25 Oligoanurie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.26 Autres troubles neurologiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.27 Si oui, préciser le(s)quel(s)	.....				
8.28 Dyspnée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.29 Cyanose	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.30 Œdème aigu du poumon	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.31 Autre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.32 Si autre trouble, préciser	.....				

Traitement lors de l'épisode aigu

8.33 Un traitement antihypertenseur a-t-il été entrepris pour cet épisode	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------



Si la réponse est « non » ou « NSP », aller directement à la rubrique « signes fœtaux, question 8.45, page 48


8.34 Si oui, date de début	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	A	
8.35 Si oui, heure de début	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mn			
8.36 Type de traitement	.....									
8.37 Systolique après traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm de Hg						
8.38 Diastolique après traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm de Hg						

Traitement anticonvulsivant

8.39 Un traitement à base de sulfate de magnésium a-t-il été prescrit	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
8.40 Autres anticonvulsivants	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>

Traitement lors de l'épisode aigu (suite)

8.41 Si oui, préciser

 Si la réponse est « non » ou « NSP », aller directement à la rubrique « signes fœtaux, question 8.45, page 48

8.42 Si oui, date de début | | | J | | | M | | | | A

8.43 Si oui, heure de début | | | H | | | mn

8.44 Doses administrées

Signes fœtaux

8.45 Mort fœtale in utéro Oui | | Non | | NSP | |

8.46 Troubles du rythme cardiaque fœtal Oui | | Non | | NSP | |

Examens biologiques lors de l'épisode aigu8.47 Date du 1^{er} bilan | | | J | | | M | | | | A8.48 Heure du 1^{er} bilan | | | H | | | mn

8.49 Date du dernier bilan | | | J | | | M | | | | A

8.50 Heure du dernier bilan | | | H | | | mn

Veuillez préciser les valeurs des examens ci-dessous1^{er} bilan

Dernier bilan

8.51 Protéines au labstix

8.52 Protéinurie / 24h

8.53 Taux d'hémoglobine | | |, | | g/dl | | |, | | g/dl

8.54 Taux d'hématocrite | | |, | | % | | |, | | %

8.55 Taux de plaquettes | | | | 10³ | | | | 10³

8.56 Taux de prothrombine | | |, | | % | | |, | | %

8.57 TCK | | |, | | % | | |, | | %

8.58 Créatinémie | | |, | | mg/l | | |, | | mg/l

8.59 Urée | |, | | | g/l | |, | | | g/l

8.60 ASAT | | | | UI/l | | | | UI/l

Examens biologiques lors de l'épisode aigu (suite)

8.61 ALAT	<input type="text"/>	UI/l	<input type="text"/>	UI/l
8.62 Albuminémie	<input type="text"/>	g/l	<input type="text"/>	g/l

Prise en charge médicale


8.63 Antihypertenseurs	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.64 Sulfate de magnésium	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.65 Corticoïdes à visée maternelle	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.66 Corticothérapie pour maturation fœtale	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.67 Anticonvulsivants	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.68 Anticoagulants	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.69 Transfusion de produits sanguins labiles (sang, PFC, plaquettes)	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.70 Autre	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.71 Si autre, préciser	.....		

Prise en charge obstétricale de la patiente

8.72 Maintien de la grossesse si stabilité	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.73 Césarienne	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>
8.74 Déclenchement du travail	Oui	<input type="text"/>	Non	<input type="text"/>

Complications

8.75 Hématome rétroplacentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.76 Eclampsie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.77 Hellp syndrome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.78 Hématome sous-capsulaire du foie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.79 Accident vasculaire cérébral	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.80 Insuffisance rénale aiguë	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.81 Œdème aigu du poumon	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.82 Syndrome de détresse respiratoire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.83 Autre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
8.84 Si autre, préciser	.....		
8.85 Manœuvre de réanimation et/ou transfert en réanimation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>


 En cas de transfert en réanimation ou de mise en place d'une réanimation, merci de compléter la fiche réanimation en page 74, questions 13.1 à 13.127

Commentaires relatifs à la section 8 « pré-éclampsie sévère, éclampsie et HELLP syndrome »


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

Joindre éventuellement les résultats des examens biologiques

9. SECTION 9—FICHE PATHOLOGIE CHRONIQUE PREEXISTANTE

 Renseigner la fiche « pathologie chronique », si le décès est en rapport avec la pathologie, même si le diagnostic a été fait pendant la grossesse

Pathologie

- 9.1. Préciser la nature de l'affection
- 9.2. Le diagnostic a été posé :
- Avant la grossesse ☐
 - Pendant la grossesse ☐
- 9.3. Si diagnostic posé pendant la Sem Jour
grossesse, préciser l'âge gestationnel
- 9.4. Maladie connue avant le début de la Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
grossesse
-  Si la maladie n'était pas connue avant le début de la grossesse, aller
directement à la question 9.18. page 53 - Si maladie connue, aller à la question 9.5
- 9.5. La patiente a-t-elle déclaré sa Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
grossesse au médecin
- 9.6. Date au moment du diagnostic J M A
- 9.7. Y a-t-il eu prise en charge spécialisée Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- 9.8. Si oui, précisez la spécialité
- 9.9. Date de la dernière J M A
consultation avant la grossesse
- 9.10. La malade avait-elle un traitement Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
avant le début de sa grossesse
- 9.11. Si oui, préciser lequel
- 9.12. La maladie était-elle stabilisée Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- 9.13. Y a-t-il eu une complication ou une Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
décompensation, avant la grossesse
- 9.14. Si oui, en préciser la nature
- 9.15. Si oui, préciser la date de survenue J M A
de la complication
- 9.16. La patiente a-t-elle demandé un avis Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
médical avant sa grossesse
- 9.17. Si oui, le médecin a-t-il donné son Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
accord pour la grossesse

Evolution de la pathologie au cours de la grossesse et avant la décompensation fatale (ayant abouti au décès)

- 9.18. Surveillance spécialisée de la maladie au cours de la grossesse Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- 9.19. Si diagnostic posé avant la grossesse, y a-t-il eu pour cette grossesse
- Un arrêt du traitement ☐
 - Une modification du traitement ☐
 - Pas de changement ☐
 - Non précisé ☐
- 9.20. Si diagnostic posé pendant la grossesse, a-t-on institué un traitement Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- 9.21. Si oui, préciser l'âge gestationnel Sem Jour(s)
- 9.22. Le traitement de la maladie est-il une contre indication à la grossesse Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Complications de la maladie au cours de la grossesse


- 9.23. Y a-t-il eu des complications Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser

Hospitalisation	Oui/non	Durée (jours)	AG	Nature de la complication
Hospitalisation1	9.24.1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	9.24.2 <input type="text"/>	9.24.3 <input type="text"/>	9.24.4.....
Hospitalisation2	9.25.1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	9.25.2 <input type="text"/>	9.25.3 <input type="text"/>	9.25.4.....
Hospitalisation3	9.26.1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	9.26.2 <input type="text"/>	9.26.3 <input type="text"/>	9.26.4.....
Hospitalisation4	9.27.1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	9.27.2 <input type="text"/>	9.27.3 <input type="text"/>	9.27.4.....

Décompensation ayant conduit au décès

- 9.28. Préciser la nature de la décompensation
- 9.29. Date de début de la décompensation / / J | / / M | / / A
- 9.30. Y a-t-il eu transfert/évacuation Oui ☐ Non ☐

 En cas de transfert/évacuation, merci de compléter la fiche transfert en page 69, questions 12.1 à 12.45

Commentaires relatifs à la section 9 « pathologie chronique préexistante »

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

Joindre éventuellement les résultats des examens biologiques

Etat de la patiente (suite)

10.14. Apparition de douleur Oui ☐ Non ☐

10.15. Si oui, siège des douleurs :

- Pelviennes ☐
- Abdominales ☐
- Thoraciques ☐
- Céphalées ☐
- Lombaires ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

10.16. Bilan sanguin pratiqué Oui ☐ Non ☐

**Si oui, veuillez préciser les valeurs
des examens ci-dessous**

1^{er} bilan

Dernier bilan

10.17. Numération globules blancs

10.18. Taux d'hémoglobine g/dl g/dl

10.19. Taux d'hématocrite % %

10.20. Taux de plaquettes 10³ 10³

10.21. Taux de prothrombine % %

10.22. TCK % %

10.23. Créatinémie mg/l mg/l

10.24. ASAT UI/l UI/l

10.25. ALAT UI/l UI/l

10.26. VS mm mm


10.27. CRP mg/l mg/l

10.28. Examens microbiologiques pratiqués Oui ☐ Non ☐

10.29. Si oui, préciser le(s)quel(s) (plusieurs réponses possibles)


- ECBU ☐
- Hémoculture ☐
- LCR ☐
- Prélèvement du site opératoire ☐
- Autre prélèvement ☐
- Si autre, préciser

Etat de la patiente (suite)

10.30. Déficit immunitaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.31. Si oui, préciser lequel	.....		
10.32. Infection d'origine nosocomiale	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.33. Complications	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.34. Si oui, préciser le(s)quelle(s)				
-- Choc septique	<input type="checkbox"/>			
-- Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/>			
-- CIVD	<input type="checkbox"/>			
-- Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>			
-- SDRA	<input type="checkbox"/>			
-- Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>			
-- Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>			
-- Autre	<input type="checkbox"/>			
-- Si autre, préciser	.....		
10.35. Traitement entrepris	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
 Si la réponse est « non », aller directement à la question 10.48, en page 58				
10.36. Antibiotiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.37. Si oui, quel(s) antibiotique(s)	.....		
10.38. Date de début des antibiotiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	J <input type="text"/>	M <input type="text"/>
10.39. Heure de début des antibiotiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/>	<input type="text"/>
10.40. Anticoagulants	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.41. Si oui, quel(s) anticoagulant(s)	.....		
10.42. Date de début des anticoagulants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	J <input type="text"/>	M <input type="text"/>
10.43. Heure de début des anticoagulants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/>	<input type="text"/>
10.44. Autre traitement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
10.45. Si oui, quel(s) traitement(s)	.....		
10.46. Date de début de ce traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	J <input type="text"/>	M <input type="text"/>
10.47. Heure de début de ce traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="text"/>	<input type="text"/>

Etat de la patiente (suite)

10.48. Antibiothérapie prophylactique systématique Oui ☐ Non ☐

 Si la réponse est « non », aller directement à la question 10.53, en page 58

10.49. Si oui, préciser la date de début J M A


10.50. Si oui, préciser les circonstances

- Rupture prématurée des membranes ☐
- Césarienne ☐
- Révision utérine ☐
- Curetage ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

10.51. Préciser le type d'antibiotiques prescrit en prophylaxie

10.52. Durée de la prescription Jour(s)

10.53. Y a-t-il eu des gestes de réanimation et/ou un transfert en réanimation et/ou en USI Oui ☐ Non ☐

 En cas de transfert en réanimation ou en USI ou de mise en place de gestes de réanimation, merci de compléter la fiche réanimation en page 74, questions 13.1 à 13.127

Commentaires relatifs à la section 10 « Fiche infection »

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

Joindre éventuellement les résultats des examens biologiques

Partie III

FICHES SELON LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE

Cette partie comprend trois sections :

- **Section 11** : fiche anesthésie/analgésie, page 61
- **Section 12** : fiche transfert/évacuation, page 69
- **Section 13** : fiche réanimation, page 74

11. SECTION 11–FICHE ANESTHÉSIE/ANALGESIE

☞ Merci de dupliquer la fiche anesthésie/analgesie autant de fois qu'il y a d'actes d'anesthésie et/ou d'analgesie et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

Données générales

11.1. Date de l'acte J M A

11.2. Heure de l'acte H mn

11.3. L'acte était

- Programmé ☐
- Fait dans l'urgence ☐

11.4. Où a-t-il eu lieu :

- Bloc opératoire ☐
- Salle de travail ☐
- Salle de réveil ☐
- Réanimation ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

Moyens disponibles

11.5. Salle de réveil présente Oui ☐ Non ☐

11.6. Si oui, ouverte 24h sur 24h Oui ☐ Non ☐

11.7. Personnel affecté à la salle de réveil Oui ☐ Non ☐

Surveillance et organisation

Préciser la qualité et les caractéristiques de la personne ayant réalisé l'acte d'anesthésie/analgesie

Qualité	Oui/non			Garde sur place	Astreinte
Médecin anesthésiste réanimateur	11.8.1 Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	11.8.2 <input type="checkbox"/>	11.8.3 <input type="checkbox"/>
Résident anesthésiste réanimateur	11.9.1 Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	11.9.2 <input type="checkbox"/>	11.9.3 <input type="checkbox"/>
Auxiliaire médical anesthésiste	11.10.1 Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	11.10.2 <input type="checkbox"/>	11.10.3 <input type="checkbox"/>

Surveillance et organisation (suite)

- 11.11. Est-ce le même anesthésiste qui est en charge de la réanimation néonatale Oui ☐ Non ☐

Monitoring utilisé

- 11.12. Préciser le monitoring utilisé (plusieurs réponses possibles)


- ECG ☐
- Pression artérielle non invasive ☐
- SPO₂/SaO₂ ☐
- PCO₂ (capnographe) ☐
- Pression artérielle sanglante ☐
- PVC (P° veineuse centrale) ☐
- Monitoring du débit cardiaque ☐
- Diurèse ☐

- 11.13. Nature de l'intervention ayant nécessité une anesthésie/analgésie

- 11.14. Une consultation de pré-anesthésie/ pré analgésie a-t-elle eu lieu Oui ☐ Non ☐

Situation clinique au début de l'acte opératoire :


- 11.15. Classe ASA (de 1 à 5) ☐
- 11.16. Fréquence cardiaque ☐ ☐ ☐ ☐
- 11.17. SPO₂/SaO₂ ☐ ☐ ☐ %
- 11.18. Pression artérielle systolique ☐ ☐ ☐ ☐ mm de Hg
- 11.19. Pression artérielle diastolique ☐ ☐ ☐ ☐ mm de Hg
- 11.20. L'acte consistait en :
- Une analgésie ☐
 - Une anesthésie ☐
 - Les deux ☐

 Si la patiente n'a subi qu'une analgésie, aller directement à la question **11.50**, page **64** – Si la patiente a eu une anesthésie seule ou associée à une analgésie, aller à la question **11.21**

En cas d'anesthésie

11.21. Si anesthésie, préciser le type :

- Anesthésie générale ☐
- Anesthésie locorégionale (ALR) ☐

 Si la patiente a eu uniquement une anesthésie locorégionale, aller directement à la question **11.41**, page **64** – Si la patiente a eu une anesthésie générale, aller à la question **11.22**

En cas d'anesthésie générale**a- Produits utilisés**

- | | | | | |
|-----------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 11.22. Pentotal | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.23. Diprivan | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.24. Etomidate | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.25. Kétamine | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.26. Esméron | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.27. Norcuron | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.28. Pavulon | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.29. Atracrium | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.30. Morphinique | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.31. Si oui, lequel | ..... |  |  |  |
| 11.32. Halogéné | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.33. Si oui, lequel | ..... |  |  |  |

b- Gestion des voies aériennes

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 11.34. Intubation orotrachéale | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.35. Masque facial | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.36. Masque laryngé | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.37. Dispositif spécifique pour intubation difficile | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.38. Si oui, lequel | ..... |  |  |  |
| 11.39. Manœuvre de Sellick | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.40. Score de Mallampati (1 à 4) | <input type="checkbox"/> | | | |

En cas d'anesthésie locorégionale (ALR)**11.41. Type d'anesthésie locorégionale**

- Péridurale anesthésique ☐
- Rachianesthésie ☐
- Péridurale et rachianesthésie combinées ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

a- Produits utilisés (une seule réponse possible)

- 11.42. Anesthésique local Oui ☐ Non ☐
- 11.43. Si oui, lequel
- 11.44. Dérivé morphinique Oui ☐ Non ☐
- 11.45. Si oui, lequel
- 11.46. Les deux combinés : morphinique + anesthésique local Oui ☐ Non ☐
- 11.47. Si oui, préciser
- 11.48. Autre Oui ☐ Non ☐
- 11.49. Si oui, préciser

En cas d'analgésie**Type d'analgésie**

- 11.50. Analgésie IV et IM Oui ☐ Non ☐
- 11.51. Si oui, préciser le produit utilisé
- Dérivé morphinique IVD ☐
 - Dérivé morphinique PCA ☐
 - Dolosal IV ou IM ☐
 - Autre ☐
 - Si autre, préciser
- 11.52. Analgésie inhalatoire N₂O Oui ☐ Non ☐
- 11.53. Analgésie locorégionale Oui ☐ Non ☐

Type d'analgésie (suite)

11.54. Si oui, préciser le type

- Péridurale anesthésique ☐
- Rachianesthésie ☐
- Péridurale et rachianesthésie combinées ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

Produits utilisés11.55. Anesthésique local Oui ☐ Non ☐

11.56. Si oui, lequel

11.57. Dérivé morphinique Oui ☐ Non ☐

11.58. Si oui, lequel

11.59. Les deux : morphinique + anesthésique local Oui ☐ Non ☐

11.60. Si oui, préciser

11.61. Autre Oui ☐ Non ☐

11.62. Si oui, préciser

Traitements instaurés au bloc opératoire11.63. Patiente déjà intubée avant l'entrée au bloc Oui ☐ Non ☐

11.64. Produits sanguins labiles utilisés Quantité

- Culot globulaire ☐
- PFC ☐
- Plaquettes ☐

11.65. Fibrinogène Oui ☐ Non ☐11.66. Perfusion d'ocytociques Oui ☐ Non ☐

11.67. Si oui, préciser

- Ocytocine ☐
- Prostaglandine ☐

11.68. Agents inotropes/vasoconstricteurs Oui ☐ Non ☐

Traitements instaurés au bloc opératoire (suite)

- 11.69. Si oui, lequel
- 11.70. Antihypertenseur Oui ☐ Non ☐
- 11.71. Si oui, lequel
- 11.72. Solutés de remplissage
- Cristalloïdes ☐
 - Colloïdes ☐
- 11.73. Albumine Oui ☐ Non ☐
- 11.74. Autres médicaments Oui ☐ Non ☐
- 11.75. Si oui, le(s)quel(s)

Complications

- 11.76. Difficultés d'intubation
- Intubation Impossible ☐
 - Intubation difficile ☐
 - Intubation oesophagienne ☐
 - Extubation accidentelle ou
accident lié à la sonde ☐
 - Aucune difficulté ☐
 - Non précisé ☐
- 11.77. Complications respiratoires Oui ☐ Non ☐
- 11.78. Si oui, préciser
- Désaturation SpO2 < 90% pendant plus de 2mn ☐
 - Bronchospasme et/ou laryngospasme ☐
 - Syndrome de Mendelson ☐
 - Œdème pulmonaire ☐
- 11.79. Complications hémodynamiques Oui ☐ Non ☐
- 11.80. Si oui, préciser
- Systolique <100 mm/hg ayant nécessité une prise en charge ☐
 - Systolique >180 mm/hg ayant nécessité une prise en charge ☐
 - Fréquence cardiaque < 40 ayant nécessité une prise en charge ☐
 - Troubles du rythme ☐
 - Si oui, lequel
- 11.81. Convulsions Oui ☐ Non ☐

Complications (suite)


- | | | | | |
|----------------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 11.82. Vomissements | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.83. Choc anaphylactique | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.84. Arrêt cardio-circulatoire | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.85. Autres complications | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11.86. Si oui, lesquelles | ..... |  |  |  |

Commentaires relatifs à la section 11 « anesthésie/analésie »

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

Merci de joindre une copie de la feuille d'anesthésie et de monitoring

12. SECTION 12—FICHE TRANSFERT/ÉVACUATION

 Merci de dupliquer la fiche « transfert/évacuation », autant de fois que la malade a été transférée et/ou évacuée et ne pas omettre de reporter le numéro d'identification de la patiente

Données générales

12.1. Date de la prise de décision du JJ MM AA
transfert/évacuation

12.2. Heure de la prise de décision du HH MM
transfert/évacuation

12.3. Causes du transfert (plusieurs réponses possibles) :

- Absence d'obstétricien ☐
- Absence de médecin réanimateur ☐
anesthésiste
- Absence de bloc opératoire ☐
- Absence de médicaments ☐
- Absence de produits sanguins ☐
labiles (sang, culot plaquettaire, PFC)
- Manque de place ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

12.4. Décision de transfert/évacuation prise par :

- Sage-femme ☐
- Médecin généraliste ☐
- Médecin obstétricien ☐
- Médecin anesthésiste réanimateur ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

12.5. Accord préalable de la structure qui réceptionne la patiente Oui ☐ Non ☐

12.6. Si oui, préciser la structure d'accueil

12.7. Si oui, préciser le service d'accueil

12.8. Patiente évacuée hors wilaya Oui ☐ Non ☐

Modalités de transfert**12.9. Moyen de transfert/évacuation**

- Ambulance de l'hôpital ☐
- Ambulance privée ☐
- Protection civile ☐
- SAMU ☐
- Moyen personnel ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

12.10. La patiente était elle accompagnée Oui ☐ Non ☐

12.11. Si oui, préciser par qui

- Médecin anesthésiste réanimateur ☐
- Médecin obstétricien ☐
- Médecin généraliste ☐
- Résident ☐
- Interne ☐
- Sage femme ☐
- Infirmier ☐
- Parent ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

12.12. Voie d'abord veineux présente lors du transfert Oui ☐ Non ☐

12.13. Si oui, préciser le calibre de la voie

- Calibre G14 (gauge) ☐
- Calibre G16 ☐
- Calibre G18 ☐
- Autre, préciser

12.14. Monitoring pendant le transfert Oui ☐ Non ☐

12.15. Si oui, préciser

- Pression artérielle non invasive ☐
- Fréquence cardiaque ☐
- SPO₂/SaO₂ ☐
- Sonde urinaire ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

Etat de la patiente au moment du transfert

- 12.16. Etat hémodynamique connu Oui ☐ Non ☐
- 12.17. Si oui, pression artérielle systolique mm de Hg
- 12.18. Si oui, pression artérielle diastolique mm de Hg
- 12.19. Si oui, fréquence cardiaque
- 12.20. Etat hémodynamique instable Oui ☐ Non ☐
- 12.21. Etat de conscience connu Oui ☐ Non ☐
- 12.22. Si le score de Glasgow est connu avec précision, merci de le mentionner
- 12.23. Ou bien préciser le niveau du score de Glasgow
- Score de Glasgow > 8 ☐
 - Score de Glasgow ≤ 8 ☐
 - Non précisé ☐
- 12.24. Etat respiratoire connu Oui ☐ Non ☐
- 12.25. Si oui, préciser SPO₂/SaO₂ %
- 12.26. Si oui, préciser modalités de ventilation
- Ventilation spontanée ☐
 - Ventilation assistée avec masque ☐
 - Ventilation assistée par intubation ☐
 - Non précisé ☐

Traitement et complications pendant le transfert**Traitement au cours du transfert**

- 12.27. Traitement administré pendant le transfert/évacuation Oui ☐ Non ☐
- 12.28. Si oui, oxygénation Oui ☐ Non ☐
- 12.29. Intubation Oui ☐ Non ☐
- 12.30. Remplissage par voie veineuse Oui ☐ Non ☐
- 12.31. Médicaments /drogues vasoactives Oui ☐ Non ☐
- 12.32. Antihypertenseur Oui ☐ Non ☐
- 12.33. Traitement sédatif Oui ☐ Non ☐

Traitement et complications pendant le transfert (suite)

- 12.34. Anticonvulsivants Oui ☐ Non ☐
- 12.35. Autre Oui ☐ Non ☐
- 12.36. Si autre, préciser

Complications ou aggravation au cours du transfert/évacuation

- 12.37. Complications ou aggravation Oui ☐ Non ☐
- 12.38. Si oui, de type neurologique Oui ☐ Non ☐
- 12.39. Si oui, de type respiratoire Oui ☐ Non ☐
- 12.40. Si oui, de type hémodynamique Oui ☐ Non ☐
- 12.41. Autre complication Oui ☐ Non ☐
- 12.42. Si autre, préciser

Arrivée à l'établissement d'accueil

- 12.43. Date d'arrivée dans l'établissement J M A
d'accueil
- 12.44. Heure d'arrivée dans l'établissement H mn
d'accueil
- 12.45. Etat de la patiente à l'arrivée
- Vivante ☐
 - Décédée ☐
- 12.46. Si décès, préciser clairement le
diagnostic

Commentaires relatifs à la section 12 « Transfert/Evacuation »

Indiquez de façon détaillée la chronologie des événements permettant de comprendre les modalités du transfert ou de l'évacuation et les raisons ...

13. SECTION 13—FICHE REANIMATION

☞ Remplir la fiche réanimation s'il y a eu des manœuvres de réanimation et/ou un séjour en unité de réanimation ou de soins intensifs

13.1. Y a-t-il eu des gestes de réanimation en dehors du service de réanimation (cardiaque, respiratoire, neurologique, métabolique ...)

Oui ☐ Non ☐

☞ Si la réponse est « non », aller directement à la question **13.40**, page **77**

Gestes de réanimation en dehors du service de réanimation**Si oui, préciser le(s)quel(s)**

13.2. Oxygénation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.3. Ventilation non invasive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.4. Intubation + ventilation assistée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.5. Massage cardiaque externe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.6. Défibrillation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.7. Abord veineux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.8. Si oui, préciser		
– Périphérique	<input type="checkbox"/>	
– Central	<input type="checkbox"/>	
13.9. Remplissage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.10. Si oui, indiquer le type de remplissage		
– Cristalloïdes	<input type="checkbox"/>	
– Colloïdes	<input type="checkbox"/>	
13.11. Produit sanguin labile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.12. Si oui, le(s)quel(s)		
– Culot globulaire	<input type="checkbox"/>	
– PFC	<input type="checkbox"/>	
– Culot plaquettaire	<input type="checkbox"/>	
13.13. Fibrinogène	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.14. Antifibrinolytique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13.15. Médicaments	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Gestes de réanimation en dehors du service de réanimation (suite)

13.16. Si oui, préciser

- Le type de médicament
- La dose administrée

13.17. Autre(s) geste(s) de réanimation

Oui ☐ Non ☐

13.18. Si oui, préciser le(s)quel(s)

.....
.....

13.19. Date à laquelle ont été pratiqués les premiers gestes de réanimation

☐☐☐ J ☐☐☐ M ☐☐☐☐ A

13.20. Heure à laquelle ont été pratiqués les premiers gestes de réanimation

☐☐☐ H ☐☐☐ mn

13.21. Où ont-ils eu lieu

- Domicile ☐
- Pendant le transport (SAMU, ambulance médicalisée) ☐
- Etablissement hospitalier public ☐
- Clinique privée ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser :

13.22. Si les premiers gestes ont eu lieu dans une structure de santé, préciser le lieu exact

- Aux urgences ☐
- En salle d'accouchement ☐
- Au bloc opératoire ☐
- En salle de réveil ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser :

13.23. A quel moment ont été réalisés ces gestes

- Durant la grossesse ☐
- Durant le travail ☐
- Durant l'accouchement ☐
- Durant la délivrance ☐
- Dans le PP immédiat (<24h) ☐
- Entre 24 h et 42 jours après l'accouchement ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

Gestes de réanimation en dehors du service de réanimation (suite)

Pour quelle(s) indication(s)

- 13.24. Etat de choc Oui ☐ Non ☐
- 13.25. Si oui, préciser
- Héorragique ☐
 - Septique ☐
 - Cardiogénique ☐
 - Anaphylactique ☐
- 13.26. Détresse respiratoire Oui ☐ Non ☐
- 13.27. Œdème aigu du poumon Oui ☐ Non ☐
- 13.28. Convulsions Oui ☐ Non ☐
- 13.29. Arrêt cardio-circulatoire Oui ☐ Non ☐
- 13.30. Autre Oui ☐ Non ☐
- 13.31. Si autre, préciser
- 13.32. Qualification de l'intervenant (plusieurs réponses possibles)
- Médecin généraliste ☐
 - Médecin urgentiste ☐
 - Médecin anesthésiste réanimateur ☐
 - Médecin obstétricien ☐
 - Autre ☐
 - Si autre, préciser

Etat de la patiente au moment des premiers gestes de réanimation

- 13.33. Glasgow (préciser le score) ☐☐☐☐
- 13.34. Fréquence cardiaque ☐☐☐☐☐☐
- 13.35. Fréquence respiratoire ☐☐☐☐
- 13.36. SPO₂/SaO₂ ☐☐☐☐, ☐☐ %
- 13.37. Pression artérielle systolique ☐☐☐☐ mm de Hg
- 13.38. Pression artérielle diastolique ☐☐☐☐ mm de Hg
- 13.39. Transfert/évacuation en unité de réanimation Oui ☐ Non ☐

 En cas de non transfert en réanimation ou en USI, aller directement à la section « 14 », page 84

Hospitalisation en unité de réanimation, de soins intensifs

- 13.40. Préciser heure de transfert/évacuation H mn
- 13.41. Date d'admission en unité de réanimation J M IA
- 13.42. Heure d'admission en unité de réanimation H mn
- 13.43. Nature de l'unité
- Soins intensifs ☐
 - Service de réanimation ☐
- 13.44. Si service de réanimation, préciser le type
- Réanimation chirurgicale ☐
 - Réanimation médicale ☐
 - Réanimation polyvalente ☐

Motif(s) d'admission

- 13.45. Etat de choc Oui ☐ Non ☐
- 13.46. Si oui, préciser
- Héorragique ☐
 - Septique ☐
 - Cardiogénique ☐
 - Anaphylactique ☐
- 13.47. Détresse respiratoire Oui ☐ Non ☐
- 13.48. Œdème aigu du poumon Oui ☐ Non ☐
- 13.49. Convulsions Oui ☐ Non ☐
- 13.50. Troubles neurologiques Oui ☐ Non ☐
- 13.51. Troubles de la conscience Oui ☐ Non ☐
- 13.52. Insuffisance rénale Oui ☐ Non ☐
- 13.53. Arrêt cardio-circulatoire Oui ☐ Non ☐
- 13.54. Autre Oui ☐ Non ☐
- 13.55. Si autre, préciser

Hospitalisation en unité de réanimation, de soins intensifs (suite)

Etat obstétrical de la patiente au moment de l'admission

13.56. A quel moment, la patiente a-t-elle été admise en réanimation

- Durant la grossesse ☐
- Durant le travail ☐
- Durant l'accouchement ☐
- Durant la délivrance ☐
- Post-partum immédiat (<24h) ☐
- Entre 24 h et 42 jours après l'accouchement ☐
- Autre ☐
- Si autre, préciser

13.57. Si grossesse en cours, préciser l'âge gestationnel Sem Jours

Etat de la patiente à l'arrivée en réanimation

- 13.58. Glasgow (préciser le score)
- 13.59. Fréquence cardiaque
- 13.60. Fréquence respiratoire
- 13.61. SPO₂/SaO₂ %
- 13.62. Pression artérielle systolique mm de Hg
- 13.63. Pression artérielle diastolique mm de Hg
- 13.64. Température °C
- 13.65. Taux d'hémoglobine g/dl
- 13.66. Taux d'hématocrite %

Monitoring présent à l'arrivée en unité de réanimation

- 13.67. Remplissage Oui ☐ Non ☐
- 13.68. Si oui, préciser la quantité
- 13.69. Pression veineuse centrale Oui ☐ Non ☐
- 13.70. Pression artérielle invasive Oui ☐ Non ☐

Monitoring présent à l'arrivée en unité de réanimation (suite)

- 13.71. Intubation Oui ☐ Non ☐
- 13.72. Ventilation assistée Oui ☐ Non ☐
- 13.73. Echographie cardiaque Oui ☐ Non ☐
- 13.74. Autre Oui ☐ Non ☐
- 13.75. Si autre, préciser

Monitoring réalisé en unité de réanimation

Date et heure

- 13.76. Remplissage ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.77. Si oui, préciser la quantité
- 13.78. Pression veineuse centrale ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.79. Pression artérielle invasive ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.80. Intubation ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.81. Ventilation assistée ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.82. Echographie cardiaque ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.83. Autre(s) ☐ ☐ ☐ J ☐ ☐ M ☐ ☐ H
- 13.84. Si autre, préciser

Transfusion

- 13.85. Malade transfusée Oui ☐ Non ☐

 En cas de non transfusion, aller directement à la question 13.89, page 80

Nombre de
flacons

- 13.86. Culot globulaire Oui ☐ Non ☐ ☐
- 13.87. Plasma frais congelé Oui ☐ Non ☐ ☐
- 13.88. Plaquettes Oui ☐ Non ☐ ☐

Traitement entrepris

- 13.89. Anticoagulant Oui ☐ Non ☐
- 13.90. Si oui, préciser le type
- 13.91. Antibiothérapie Oui ☐ Non ☐
- 13.92. Si oui, préciser le type
- 13.93. Amines pressives Oui ☐ Non ☐
- 13.94. Si oui, préciser le type
- 13.95. Diurétiques Oui ☐ Non ☐
- 13.96. Si oui, préciser le type
- 13.97. Epuration extra-rénale Oui ☐ Non ☐
- 13.98. Si oui, préciser date / / J / / M / / A
- 13.99. Si oui, préciser heure / H / / mn
- 13.100. Autre(s) traitement(s) Oui ☐ Non ☐
- 13.101. Si oui, préciser

Etat de la patiente lors du dernier bilan

- | | | Date et heure |
|--|---|--|
| 13.102. Glasgow (préciser le score) | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.103. Fréquence cardiaque | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.104. Fréquence respiratoire | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.105. SPO ₂ /SaO ₂ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> % | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.106. Pression artérielle systolique | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> mm de Hg | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.107. Pression artérielle diastolique | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> mm de Hg | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |
| 13.108. Température | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> °C | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> J <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> M
<input type="text"/> / <input type="text"/> H |

Etat de la patiente lors du dernier bilan (suite)

Date et heure

13.109. Taux d'hémoglobine |__|__|, |__| g/dl |__|__| J |__|__| M
 |__|__| H

13.110. Taux d'hématocrite |_|_|_|, |_|_| % |_|_|_| J |_|_|_| M
|_|_|_| H

Complication(s)

13.111. Etat de choc Oui ☐ Non ☐

13.112. Si oui, préciser

13.113. Complications infectieuses Oui ☐ Non ☐

13.114. Si oui, préciser

13.115. Complications thromboemboliques Oui ☐ Non ☐

13.116. Si oui, préciser

13.117. Complications accidentelles Oui ☐ Non ☐

13.118. Si oui, préciser :

13.119. Complications iatrogènes Oui ☐ Non ☐

13.120. Si oui, préciser

13.121. Autres complications Oui ☐ Non ☐

13.122. Si oui, préciser

13.123. Durée du séjour en réanimation | | | Jour(s) | | | Heure(s)

13.124. Date de sortie de réanimation | | | J | | | M | | | | | A

13.125. Heure de sortie de réanimation | | | H | | | mn

13.126. Issue du séjour en réanimation

— Sortie vivante 1__1

— Sortie décédée 1

13.127. Diagnostic de sortie ou de décès I ___ II ___ I Code CIM

Commentaires relatifs à la section 13 « séjour en unité de réanimation ou de soins intensifs »

Indiquez de façon détaillée la chronologie des évènements permettant de comprendre l'évolution du cas en réanimation et précisez de façon plus complète les décisions prises : traitement médical, chirurgical, transfert, ...

Joindre éventuellement les résultats des examens biologiques et le protocole de réanimation

Partie IV

SYNTHESE GENERALE

14. SECTION 14 – SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Veuillez reprendre chronologiquement les événements ayant conduit au décès

Merci de joindre éventuellement le compte-rendu de l'autopsie si celle-ci a eu lieu

Prière de préciser les parties renseignées ainsi que les documents sources utilisés et joins à ce dossier

Fiches remplies		Documents sources utilisés		Copie jointe
Partie I	<input type="checkbox"/>	Dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche hémorragie	<input type="checkbox"/>	Carnet de suivi de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche pré-éclampsie...	<input type="checkbox"/>	Partogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche pathologie chronique	<input type="checkbox"/>	Monitoring foetal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche infection	<input type="checkbox"/>	Surveillance des 2h qui suivent l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche anesthésie/analgesie	<input type="checkbox"/>	Fiche naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche transfert/évacuation	<input type="checkbox"/>	Compte-rendu d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche réanimation	<input type="checkbox"/>	Compte-rendu opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche synthèse générale	<input type="checkbox"/>	Examens biologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fiche de monitoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rapport d'autopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser quelle(s) sont les personne(s) interviewée(s) qui ont aidé à la compréhension de ce décès

Personnel(s) de santé		Famille ou autre	
Médecin accoucheur	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	Père, mère	<input type="checkbox"/>
Anesthésiste	<input type="checkbox"/>	Frère, sœur	<input type="checkbox"/>
Réanimateur	<input type="checkbox"/>	Autre, préciser	<input type="checkbox"/>
Chirurgien	<input type="checkbox"/>		
Autre, préciser	<input type="checkbox"/>		

Date de transmission au Ministère de la santé et de la réforme hospitalière J M A

