Fiche MAJ : Mars 2024	**Fiche déclaration EIG du RP2S** Fiche n°..... **Date de l'événement :** **..... / ..... / .....**	Patiente : **Nom :**..... **Prénom :**..... **Date naissance : ..... / ..... / .....** Enfant(s) : **Nom :** ..... **Prénom(s) :**..... **Date naissance : ..... / ..... / .....** **Lieu de naissance :** .....

La partie ci-dessus sera détruite après enregistrement

(sera rempli par le réseau)	*Fiche n°*	*- Année de l'évènement : .....*
Prise en charge multisite :	non ☐	oui ☐
Etablissement concerné n°1 : ..... Equipes / personnes à contacter : **GO :** ..... **SF :** ..... **Pédiatre(s) :** ..... **Autre(s) :**	Etablissement concerné n°2 : ..... Equipes / personnes à contacter : **GO :** ..... **SF :** ..... **Pédiatre(s) :** ..... **Autre(s) :**	
Etablissement concerné n°3 : ..... Equipes / personnes à contacter : **GO :** ..... **SF :** ..... **Pédiatre(s) :** ..... **Autre(s) :**	Autre (professionnel libéral, PMI, Cellule CRTP…) ..... Personnes à contacter : **Fonction :** ..... **Nom:**	

RMM souhaitée : ☐ locale (analyse en interne) ☐ locale avec appui du RP2S

Déclaration

Evènement concernant : l'enfant ☐ la mère ☐ *(Cocher les 2 si besoin)*

Déclaration obligatoire :

☐ Décès maternel (survenant durant la grossesse et jusqu'à 1 an après l'accouchement)

Déclaration systématique :

☐ MFIU ≥ 36 SA ☐ IMG ≥ 36 SA ☐ Décès avant 7j de vie Nné ≥ 36 SA

☐ Naissances vivantes Nnés < 32 SA en type 1 et 2A et Nnés < 30 SA en type 2B

Evènement posant problème à l'équipe (entourer la thématique) :

☐ Prise en charge multi-site ou pluri-professionnelle, difficultés en lien avec un transfert périnatal, lié à un transfert (per ou post partum ou nouveau-né) suite à accouchement programmé à domicile, malaise grave du nouveau-né en salle de naissance, autre événement (précisez : ……)

=> Compléter la partie description – interrogations au dos de la fiche

Ne pas écrire dans cette zone

(sera rempli par le réseau) ***Fiche n° :*** ***- Année de l'évènement :***

Description de l'événement :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Interrogations de l'équipe concernant la prise en charge :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Si outborn (Naissances vivantes Nnés < 32 SA en type 1 et 2A et Nnés < 30 SA en type 2B) => remplir la **fiche outborn**

☐ Evènement déclaré à l'ARS

☐ Information spécifique délivrée au patient

Fiche à transmettre par messagerie sécurisée ou courrier au secrétariat du RP2S