

## FICHE RÉGIONALE DÉCLARATIVE EIG - EIAS

A ADRESSER par messagerie sécurisée à l'adresse : RESEAU PERINATAL DES 2 SAVOIE RP2S

Structure de coordination – CH METROPOLE SAVOIE CHAMBERY

Nom de l'établissement :

Nom et mail de la personne signalant :

Date de survenue :

Identification : N° Établissement (chiffre) / N° d'ordre / Année

Fiche N° \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_

## LA MERE

- ☐ **Décès maternel**, quelle qu'en soit la cause, du 1er jour de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement
- ☐ **Mise en jeu du pronostic vital et/ou fonctionnel inattendu** au regard de la pathologie
- ☐ Arrêt cardio respiratoire,
  - ☐ Choc anaphylactique,
  - ☐ Erreur médicamenteuse ayant entraîné un transfert en réanimation, et/ou une invalidité permanente...
  - ☐ .....
- ☐ **Hémorragie obstétricale grave**
- ☐ Ayant nécessité une **hystérectomie d'hémostase**
  - ☐ Ayant nécessité une **embolisation** et/ou des **gestes d'hémostase chirurgicaux** et/ou un **transfert/mutation hors du service maternité**
- ☐ **Accouchement à domicile** ayant présenté des complications maternelles
- ☐ **Autre cas** présentant un intérêt
- ☐ **Mise en jeu du pronostic vital et/ou fonctionnel inattendu** lors d'une IVG

## L'ENFANT

- ☐ **Décès ou mise en jeu du pronostic vital et/ou fonctionnel inattendu** au regard de la pathologie (≥ 22 SA)
- ☐ Suspicion Encéphalopathie Anoxo Ischémique (ayant nécessité un transfert en service de réanimation néonatale),
  - ☐ Traumatisme obstétrical grave,
  - ☐ Complication post réanimation
    - ☐ Accidents cathéters centraux veineux ou artériels (thrombus, choc septique, endocardite infectieuse, péricardite...),
    - ☐ Erreurs médicamenteuses, erreur de voie d'administration d'un médicament ou d'un soluté,
    - ☐ Infections nosocomiales
- ☐ **Malaise grave en salle de naissance** ou en maternité ayant entraîné le décès et/ou le transfert en réanimation
- ☐ **Mort fœtale (MIU) ≥ 36 SA**
- ☐ **Naissance Outborn** (naissance en milieu inadapté) (fiche déclarative EIAS + fiche spécifique de renseignement)
- ☐ **Accouchement à domicile** ayant présenté des complications néonatales
- ☐ **Autre cas** présentant un intérêt



DECLARATION ARS FAITE

OUI ☐NON ☐

NB : Pour toute déclaration **EIGS** (.cf listing des EIGS dans la procédure), merci de **joindre une copie du volet 1** envoyé à l'ARS.

**La Direction des événements indésirables/ARS préconise de manière systématique la présence du réseau pour la RMM pour tout EIGS déclaré.**

## DESCRIPTION / RESUME DE L'EVENEMENT : en cas d'EIAS

RMM réseau-établissement réalisée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Partie à compléter par le réseau

La prise en charge a été évaluée comme :

☐ Adaptée

☐ Sub-optimale

☐ Inadéquate

Recommandations :

☐ Oui

☐ NON

Plan d'amélioration

☐ Oui

☐ NON

Si oui, Thème :

Délai de mise en œuvre :

Evaluation prévue le :

Clôture du dossier le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_