

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° Etablissement (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____