

FICHE RÉGIONALE DÉCLARATIVE

EIGS - EIAS

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

Reseauperinataldessavoie.RP2S@chms.aura.mssante.fr

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__

EIGS (Déclaration à l'ARS faite ☐ OUI ☐ NON)

LA MERE

L'ENFANT

- ☐ **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**
- ☐ **Accouchement à domicile** ayant présenté des complications maternelles
- ☐ Mise en jeu du **pronostic vital et/ou fonctionnel** inattendu lors d'une IVG

- ☐ **Décès ou mise en jeu du pronostic vital et/ou fonctionnel inattendu** au regard de la pathologie ($\geq$ 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
- ☐ **Accouchement à domicile** ayant présenté des complications néonatales

EIAS (fiche déclarative EIAS + fiche spécifique de renseignement)

LA MERE

L'ENFANT

- ☐ **Hémorragie obstétricale** grave ayant nécessité une **embolisation** et/ou **gestes d'hémostase** chirurgicaux et/ou un **transfert/mutation** hors du service maternité
- ☐ **Autre cas** présentant un intérêt

- ☐ **Mort fœtale** (MFIU) $>$ 36 SA
- ☐ Naissance **Outborn** (naissance en milieu inadapté)
- ☐ **Autre cas** présentant un intérêt

NB : Pour toute déclaration EIGS, 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

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__