

DSRP AuRA - FICHE MORT IN UTERO

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant MIU ≥ 36 SA, né dans une maternité du DRSP AuRA

Fiche déclarative régionale
Ne pas remplir, réservé coordination :

N°/...../ 20__
N° : 20__ -|__|__|

- Maternité d'accouchement :
○ Date accouchement : |__|_| |__|_| |__|_| AG : |__|_| SA +|__| j
○ Gestité : |__| Parité |__|, grossesse multiple ☐
○ La patiente présentait-elle des **difficultés de compréhension du français** ? OUI ☐ NON ☐
○ La patiente était-elle en **situation de précarité/ vulnérabilité** ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez.....

I. ATCD

IMC en début de grossesse : kg/m²

- Médicaux :
– Obstétricaux :

Nbrc FCS < 22 SA	Nbrc IMG < 22 SA	Nbrc IVG	Nbrc d'acc ≥ 22 SA			Nbrc d'acc < 37 SA	Nbrc d'enfant DCD < 28 J
			Nbrc IMG	Nbrc morts fœtales spontanées	Nbrc d'enfants nés vivants		

II. SUIVI DE CETTE GROSSESSE

Suivi régulier : OUI ☐ NON ☐
Suivi par SF • GO • Généraliste •
Type de suivi Libéral • Hospitalier •

Le suivi de la patiente était assuré par votre maternité OUI ☐ NON ☐

Prise de médicaments à risque / addictions durant la grossesse OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez :

Evènements marquants :
Si oui, précisez :
Echographies réalisées : T1 • T2 • T3 •

Hospitalisations anténatales OUI ☐ NON ☐
Précisions :

***Terme au moment de la découverte (SA)**

Pathologies gravidiques

- Diabète mal équilibré OUI ☐ NON ☐ Terme* :
– Hémorragie ante partum OUI ☐ NON ☐ Terme* :
– Pré-éclampsie OUI ☐ NON ☐ Terme* :
Autre, précisez : ...

DSRP AuRA - FICHE MORT IN UTERO

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant MIU ≥ 36 SA, né dans une maternité du DRSP AuRA

Anomalies fœtales

– Anémie fœtale chronique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Arythmie cardiaque fœtale	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Hémorragies fœtales	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Hydramnios	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Malformations	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Oligoamnios	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Retard de croissance intra-utérin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– RCF anormal en ante-partum ou doppler ombilical anormal	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
– Contexte infectieux materno-fœtal connu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Terme* :
Si oui lequel ?			

Autre, précisez :

III. DERNIERE CONSULTATION AVANT DIAGNOSTIC DE MIU

Date : |_____|

AG : |_____|

Consultation :

☐ programmée

☐ En urgence

Evènements cliniques et/ou paracliniques marquants (TA/ HU/ SF généraux ou obstétricaux...) :

Si oui, précisez :

Echographie:

OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

RCF:

OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

Bilan sanguin :

OUI ☐ NON ☐

Si oui, résultats :

CAT établie :

IV. DIAGNOSTIC DE MIU :

Date : |_____|

AG : |_____|

Consultation :

☐ Programmée

☐ En urgence motif (en clair) :

Hospitalisation

- grossesse à risque, motif (en clair) :
- en cours de travail

• Autre, préciser :

Bilan :

– Recherche des anticorps anti phospholipides	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
– Kleihauer	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
– RAI	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Procédure déclarative des EIAS/ EIGS en obstétrique et néonatalogie – Annexe II - MIU
Version N°1 le 10/12/2024



DSRP AuRA - FICHE MORT IN UTERO

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant MIU \geq 36 SA, né dans une maternité du DRSP AuRA

Selon le contexte clinique et échographique :

- Un bilan infectieux (sérologies et prélèvements bactériologiques ou virologiques selon le contexte)
OUI ☐ NON ☐
- Et/ou un dosage d'acides biliaires
OUI ☐ NON ☐

V. ACCOUCHEMENT

Mise en travail :

Spontanée ·

Déclenchement ·

Autre, précisez :

Mode d'accouchement :

- ☐ Voie basse spontanée
- ☐ Extraction instrumentale
- ☐ Césarienne

Anomalies des annexes :

- Anomalies funiculaires :
Si oui laquelle ? OUI ☐ NON ☐
- Placenta :
Anomalies macroscopiques du placenta : OUI ☐ NON ☐
Examen anatomopathologique du placenta : OUI ☐ NON ☐
Bactériologie placentaire sur signes d'appel : OUI ☐ NON ☐

VI. Enfant à la naissance

- Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
- Poids de naissance : _____ Grammes
- Particularités visibles à la naissance :

Bilan génétique néonatal proposé OUI ☐ NON ☐
Accepté OUI ☐ NON ☐

Si accepté, à transmettre dès réception

Examen externe néonatal:

par professionnel de santé de salle de naissance OUI ☐ NON ☐
par médecin foeto pathologiste OUI ☐ NON ☐

Autopsie autorisée par les parents OUI ☐ NON ☐
Si accepté, à transmettre dès réception

DSRP AuRA - FICHE MORT IN UTERO

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant MIU ≥ 36 SA, né dans une maternité du DRSP AuRA

VII. ANALYSE PAR LA MATERNITE/ ETIOLOGIE :

A. Cause du décès

- ☐ Cause foetale déterminante de la mort :

- ☐ Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :

B. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans votre établissement vous semble-t-elle conforme aux recommandations ?

OUI ☐

NON ☐

Si NON pourquoi ?

C. La MIU était-elle potentiellement évitable ?

OUI ☐

NON ☐

Si OUI : quelle(s) action(s) aurai(en)t pu l'éviter ?

D. Avez-vous discuté ce dossier en staff local (obstétrico-pédiatrique) ?

OUI ☐

NON ☐

Si OUI : quelle(s) action(s) avez-vous proposé ?

Commentaires libres: