

DSRP AuRA - FICHE OUTBORN

<34 SA en type I

< 32 SA nés en maternité de II A et < 30 SA nés en maternité de type II B

Fiche déclarative régionale

N°/...../ 20__

Ne pas remplir, réservé coordination :

N° : 20__ -|_|_|

Concerne l'accouchement d'au moins 1 enfant vivant et viable, né dans une maternité du DSRP AuRA (sauf IMG et MFIU) à un âge gestationnel \geq 23 SA

- Maternité d'accouchement :
 - Date d'arrivée à la maternité Heure
- Date accouchement : |_|_| |_|_| |_|_| Heure : AG : |_|_| SA +|_| j
- Antécédent d'accouchement prématuré lors d'une précédente grossesse ☐
- Gestation : |_| Parité |_|, grossesse multiple ☐
 - J1 Heure et Poids Naissance :
 - J2 heure et Poids Naissance :
- La patiente présentait-elle des **difficultés de compréhension du français** ? OUI ☐ NON ☐
- La patiente était-elle en **situation de précarité** ? OUI ☐ NON ☐

A-SUIVI DE CETTE GROSSESSE**La mère avait-elle été suivie au sein de votre maternité ?** OUI ☐ NON ☐

○ Si NON :

Dans une autre maternité ☐ En ville (libéral ou PMI) ☐ NON suivie ☐

Commentaire :

Un **risque d'accouchement prématuré** avait-il été identifié pour cette grossesse : OUI ☐ NON ☐

○ Si OUI : quel contexte ? =

Quelle PEC clinique et thérapeutique avait été préconisée ?

Consignes délivrées à la patiente :

En cas d'hospitalisation la patiente était-elle **sortie contre avis médical** ? OUI ☐ NON ☐**Etait-elle hospitalisée les jours précédents le jour de la naissance ?** OUI ☐ NON ☐

○ Si OUI :

Depuis combien de jours |_|_|

Pour quel(s) motif(s)

○ Si NON :

Délai entre admission dans votre maternité et la naissance de l'enfant : |_|_| h |_|_| mn**Corticothérapie** : Complète (2 injections) OUI ☐ NON ☐

○ Si incomplète (1 injection) : délai entre l'injection et la naissance |_|_| h |_|_| mn

○ Si NON faite : pour quelle raison ?

Longueur du col à l'entrée :

Sulfate de magnésium :

OUI ☐ NON ☐**Mode d'accouchement** : VB ☐ VBI ☐ Césarienne ☐ en cours de travail ☐ avant travail ☐

Indications :

Commentaires libres :

Procédure déclarative des EIAS/ EIGS en obstétrique et néonatalogie – Annexe I – OUTBORN
Version N°2 le 10/12/2024

DSRP AuRA - FICHE OUTBORN

<34 SA en type I

< 32 SA nés en maternité de II A et < 30 SA nés en maternité de type II B

B-TRANSFERT IN UTERO :

La cellule des transferts a-t-elle été contactée ? OUI ☐ NON ☐

- Si OUI A quelle heure.....

Motif de l'appel initial :

- ☐ Demande de TIU
☐ Demande de discussion collégiale tripartite
☐ Demande de SMUR Pédiatrique d'emblée car TIU inenvisageable pour des raisons médicales (ex : patiente non transférable)

- Si NON : Pourquoi la cellule n'a-t-elle pas été contactée ?

Si votre demande initiale était une demande de TIU, pour quelle(s) raison(s) le transfert in utero n'a pas pu avoir lieu :

- Pour des raisons médicales **après accord TIU** (ex : *aggravation de la situation et patiente plus transférable*) OUI ☐ NON ☐
• Si OUI, Précisez en clair :
– Pour des raisons organisationnelles (ex : *absence de place disponible*) OUI ☐ NON ☐
• Si OUI, Précisez en clair :
– Refus de la patiente : OUI ☐ NON ☐
– Décision de la Cellule de régulation des transferts : OUI ☐ NON ☐
– Décision à l'issue de la réunion tripartite : OUI ☐ NON ☐
– Autre : OUI ☐ NON ☐
Précisez en clair :

C-PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ A LA NAISSANCE :

SMUR sollicité en anténatal :

OUI ☐ NON ☐

- Le SMUR était-il présent à la naissance ? OUI ☐ NON ☐
– Si non : délai entre décision SMUR anténatal et naissance =
– Incidents lors de la prise en charge ? :
.....

Le pédiatre de la maternité était-il présent à la naissance de l'enfant : OUI ☐ NON ☐

Transfert du nouveau-né :

- Transfert post-natal OUI ☐ NON ☐
– Etablissement de transfert :

Devenir du nouveau-né :

- Sorti vivant de la salle de naissance OUI ☐ NON ☐
– Sorti vivant du service de néonatalogie OUI ☐ NON ☐

DSRP AuRA - FICHE OUTBORN

<34 SA en type I

< 32 SA nés en maternité de II A et < 30 SA nés en maternité de type II B

Analyse par la maternité

A- 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 ?

B -La naissance dans votre maternité était-elle potentiellement évitable ?

OUI ☐ NON ☐

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

1-

2-

3-

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

OUI ☐ NON ☐

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

4-

5-

6-

Commentaires libres: