

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**DRSP AuRA (sauf IMG et MFIU) à un âge gestationnel ≥ 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 **Etais-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 ETAS/ 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: