

FICHE DE DECLARATION

Mort fœtale in utéro à un terme supérieur ou égal à 36 SA

Décès d'enfant avant 7 jours de vie, né à un terme supérieur ou égal à 36 SA

Interruption médicale de grossesse à un terme supérieur ou égal à 36 SA

Coordonnées DSRP

A renvoyer par mail à

sfcoord.rpca@orange.fr

Cette fiche sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions. Après analyse, ces fiches sont totalement anonymisées (éléments directement ou indirectement nominatifs du patient, des professionnels, des établissements).

Date de l'évènement :

Etablissement déclarant :

Nom du déclarant et fonction :

Téléphone ou adresse mail ou l'on peut vous joindre :

Nom des professionnels à inviter pour l'analyse au sein de votre équipe :

NOM	FONCTION	ADRESSE MAIL

Autres professionnels concernés :

Suivi libéral O/N, si oui, qui ?

NOM	FONCTION	ADRESSE MAIL

Suivi hospitalier O/N, si oui quelles équipes ?

NOM	FONCTION	ADRESSE MAIL

Suivi PMI O/N, si oui qui ?

NOM	FONCTION	ADRESSE MAIL