

RMM décès néonatal précoce

Cas :

Date RMM :



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

Aide au remplissage

- **Cette présentation complètement anonyme peut-être utilisée pour la présentation de votre ou de vos cas de décès néonataux à un AG \geq à 36 SA et survenant avant 7 jours de vie.**
- **Elle n'est pas figée, vous pouvez la modifier comme vous le souhaitez en rajoutant, précisant ou en enlevant des éléments.**
- **Suggestion pour les réponses aux questions à choix multiples:** effacer la ou les propositions qui ne correspondent pas à votre situation.

CARACTERISTIQUES MATERNELLES

- Age :ans
- IMC en début de grossesse : kg/m²
- Parité : Nullipare Multipare
- Vulnérabilités* : Oui Non
 - Si oui, précisez :

* Présence d'au moins un des éléments suivants : addiction (tabac, alcool, toxicomanie, médicaments...), barrière linguistique, soutien familial ou amical restreint, moyens de transports limités, hébergement instable, faibles ressources financières, absence de couverture médicale ou absence de complémentaire, vulnérabilité psychique, victime de violence.

Antécédents maternels	Oui	Non
Allo-immunisation		
Antécédent de dystocie		
Fausse couches répétées ≥ 3*		
Antécédent de mort néonatale*		
Diabète antérieur à la grossesse		
Dysthyroïdies antérieures à la grossesse		
Utérus cicatriciel		
Autre antécédent significatif, précisez :		
* Préciser sur diapo suivante		

Antécédents obstétricaux :

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

SUIVI DE LA GROSSESSE (1)

- **Grossesse multiple :** Oui Non
 - Si oui, nombre de fœtus :
- **Suivi régulier :** Oui Non
 - Suivi par : SF GO Généraliste
 - Type de suivi : Libéral Hospitalier
- **Informations sur le suivi de la grossesse disponibles :**
Oui Non
- **Prise de médicaments à risque* durant la grossesse :**
Oui Non
 - Si oui, précisez :

* AINS, antidépresseurs, antiépileptiques, antirétroviraux, ARAII, IEC, Isotrétinoïne, traitements du rejet de greffe de rein...

Pathologies gravidiques	Oui	Non	Terme au moment de la découverte (SA)
Diabète mal équilibré			
Hémorragie antépartum			
Pré-éclampsie			
Autre, précisez : ...			

SUIVI DE LA GROSSESSE (2)

Anomalies fœtales	Oui	Non	Terme au moment de la découverte (SA)
Anémie fœtale chronique			
Arythmie cardiaque fœtale			
Hémorragies fœtales			
Hydramnios			
Malformations			
Oligoamnios			
Retard de croissance intra-utérin			
RCF anormal en antépratum ou doppler ombilical anormal			
Autre, précisez :			

- **Avis CPDPN :**

Oui Non

- **Mouvements actifs fœtaux dans les 24h précédant l'accouchement :**

Présence

Absence

Diminution

SUIVI DE LA GROSSESSE (3)

Autres évènements marquants

- **Echographies réalisées :** T1 T2 T3
 - Autres anomalies que celles décrites précédemment :

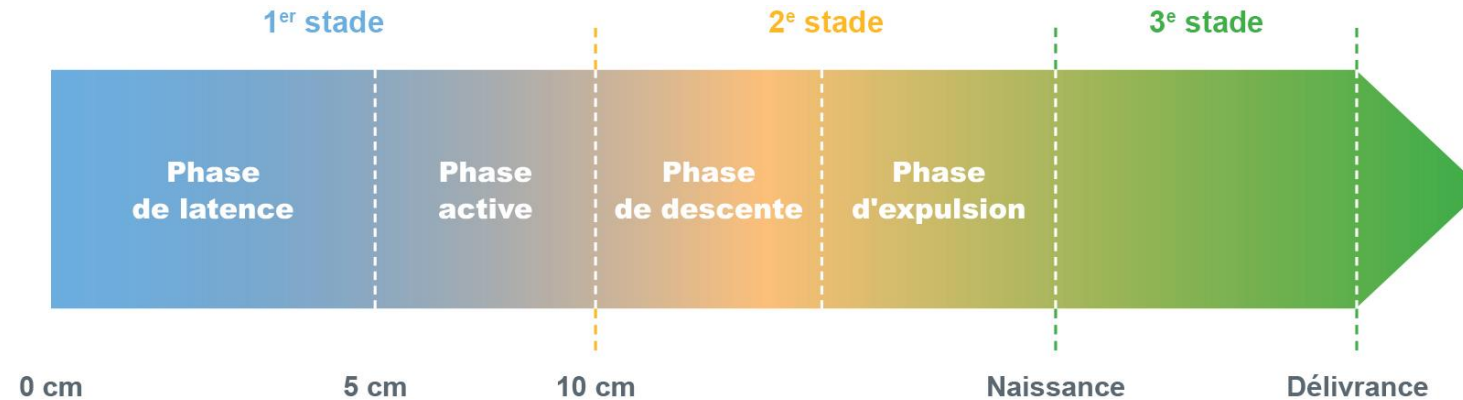
- **Hospitalisations anténatales :** Oui Non
 - Précisions :

ACCOUCHEMENT (1)

- **Réalisation d'un transfert in-utéro :** Oui Non
- **Si oui :**
 - Terme : SA
 - Motif :
 - Type de la maternité de départ : I IIA IIB III
- **Réalisation d'une tocolyse au cours du travail :** Oui Non
- **Type de la maternité où a eu lieu l'accouchement :** I IIA IIB III
- **Terme :** SA
- **Mise en travail :** Spontanée Déclenchement
- **Si déclenchement :**
 - Maturation cervicale Prostaglandines Autre, précisez :
- **Présentation :** Céphalique Siège Transverse

ACCOUCHEMENT (2)

Les différents stades du travail



Source : HAS. *Accouchement normal - Accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. 2017

- **Durée de la phase active du travail** : min. ou heure
- **Durée du 2^{ème} stade du travail** : min. ou heure
- **Durée des efforts expulsifs** : min.
- **Durée d'ouverture de la poche des eaux** : min. ou heure
- **Couleur du liquide amniotique** : Clair Teinté Méconial Sanglant

ACCOUCHEMENT (3)

Evènement aigu périnatal	Oui	Non
Eclampsie		
Etat de choc maternel		
Hématome rétroplacentaire		
Procidence du cordon		
Rétention tête dernière		
Rupture utérine		
Autre, précisez :		

- **Fièvre maternelle > 38°C** : Oui Non
 - Si oui, étiologie présumée ou avérée :

- **Infection materno-foetale** : Oui Non
 - Si oui, étiologie présumée ou avérée :

ACCOUCHEMENT (4)

- **Anesthésie :** Oui Non
- **Si oui :**
 - Générale
 - Péridurale / Rachianesthésie
- **Enregistrement du RCF pendant l'anesthésie :** Oui Non
- **Enregistrement du RCF lors du travail :** Oui Non
- **Si oui, enregistrement du RCF :**
 - Continue
 - Discontinue

Veillez joindre les images du rythme

Anomalies du RCF lors du travail :

Oui Non

➤ **Si oui (selon définitions CNGOF) :**

- Faible risque d'acidose
- Risque d'acidose
- Risque important d'acidose
- Risque majeur d'acidose

➤ **Si oui, mise en place de mesures correctives:**

Oui Non

Si oui, précisez quelle CAT :

Ajouter les images du RCF sur une ou plusieurs diapositives

ACCOUCHEMENT (5)

- **Techniques de surveillance de seconde ligne :** Oui Non
- **Si oui, veuillez compléter :**

Examen réalisé	Oui	Non	Valeur
pH au scalp			
Lactates au scalp			

- **Mode d'accouchement :** Voie basse spontanée Extraction instrumentale Césarienne
 - Si extraction instrumentale : Forceps Spatule Ventouse
 - Si césarienne, précisez le code :
- **Circulaires :** Oui Non
- **Anomalies du placenta :** Oui Non Placenta non analysé
 - Anomalies macroscopiques :

ACCOUCHEMENT (6)

- **Moment de la naissance :**
 - Journée de semaine
 - Nuit
 - Week-end ou jour férié
- **GO présent lors de la naissance :** Oui Non
 - Si non, pourquoi :
 - Autres précisions :
- **Pédiatre présent à la naissance :** Oui Non
 - Si non, pourquoi :
 - Autres précisions :

ENFANT A LA NAISSANCE (1)

- **Sexe** : Féminin Masculin
- **Poids de naissance** : grammes
- **Score d'Apgar à 1 ; 5 et 10 min** : /..... /.....
- **FC à la naissance** :/min
- **Saturation en oxygène** :
- **Veillez compléter :**

pH au cordon	Oui	Non	Valeur
Artériel			
Veineux			

Lactates au cordon	Oui	Non	Valeur
Artériel			
Veineux			

- **Gaz du sang dans la 1^{ère} heure de vie** :
Oui Non
- **Si oui, veuillez compléter :**

	Valeur
pH	
Déficit de base	
Lactates	
pCO ₂	

- **Veillez compléter :**

	Oui	Non	Valeur
Glycémie			
Hémoglobine			

ENFANT A LA NAISSANCE (2)

- **Éléments notables de l'examen clinique à la naissance (examen neurologique anormal, convulsions...)** : Oui Non
- **Si oui, précisez la sévérité des anomalies** : Modérée Sévère

Selon la classification de Sarnat adaptée par Meau-Petit et al (diapositive suivante)

ENFANT A LA NAISSANCE (3)

	<i>Normal</i>	Encéphalopathie modérée	Encéphalopathie sévère
1. Conscience	<i>bébé bien présent quand ouvre les yeux : regarde, fixe, suit la cible</i>	bébé peu présent si ouvre les yeux : regard dans le vague	comateux
2. Activité motrice globale	<i>harmonieuse, variée</i>	pauvre ou agitation mouvements stéréotypés : boxe, pédalage	absente ou trémulations de décortication
3. Posture	<i>normale flexion des 4 membres</i>	extension des membres flexion distale	décérébré enroulement des membres supérieurs
4. Tonus axial	<i>normal ou hypotonie modérée</i>	hypotonie franche	flaccide
Tonus périphérique	<i>bonne ouverture des mains</i>	mains et pieds crispés	flaccide
5. Succion	<i>efficace</i>	faible ou mâchonnements sans aspiration	absente
6. SNA Pupilles	<i>normales, réactives</i>	myosis	mydriase aréactive
FC	<i>normale, modulée</i>	lente	immuable
Respiration	<i>normale</i>	périodique ou hyperventilation	apnée ou gasps
Réflexes du tronc (cornéens, toux) à examiner si conscience altérée	<i>présents</i>	<i>présents</i>	abolis

Source :

Meau-Petit V, Tasseau A, Lebail F, Ayachi A, Layouni I, Patkai J, et al. Hypothermie contrôlée du nouveau-né à terme après asphyxie périnatale. Arch Pédiatrie. mars 2010;17(3):282-9.

REANIMATION NEONATALE

1. **Survenue d'une FC < 100 / min** : Oui Non

- Si oui, temps de récupération d'une fréquence cardiaque > 100/min :

2. **Survenue d'une détresse respiratoire** :

Oui Non

Si oui à une des deux questions ci-dessus, précisez les éléments de réanimation :

• **Ventilation** : Neopuff Masque Non réalisée

- Réglages, précisez les paramètres :
- Durée :

• **Intubation trachéale** : Oui Non

- Délai naissance - intubation : ...
- Extubation accidentelle : Oui Non

• **Compressions thoraciques (CT)** : Oui Non

- Délai naissance – CT :
- Durée :

• **KT veineux ombilical** : Oui Non

- Délai naissance – pose KT :

• **Expansion volémique** : Oui Non

- Délai naissance – expansion volémique :
- Soluté :
- Volume :

• **Adrénaline** : Oui Non

- Voie d'administration, précisez :
- Délai naissance – administration adrénaline :

• **Arrêt des manœuvres de réanimation** :

Oui Non

- Délai début – fin réanimation :
- Motif :
- Décès en salle de naissance : Oui Non
 - Délai naissance – décès : min ou heures
 - Soins palliatifs : Oui Non

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

- **Réalisation des éléments suivants :**
 - Refroidissement passif monitoré : Oui Non
 - Surveillance pression artérielle et température : Oui Non
 - Monitoring précoce et répété des glycémies : Oui Non

- **Autres éléments de la prise en charge, précisez :**

DEMANDE DE TRANSFERT

- **Appel du SMUR néonatal régional :** Oui Non
 - Délai naissance – appel :
 - Motif de la demande de transfert :
 - Délai appel – arrivée du SMUR néonatal sur site :
 - Délai arrivée sur site – départ du SMUR vers le type III :
 - Délai départ du SMUR – arrivée sur type III :
- **Demande de transfert postnatal vers le type III faite depuis la salle de naissance :**
Oui Non Non Applicable car naissance sur type III
- **Si non :**
 - Motif :
 - Si plusieurs étapes avant la demande de transfert en type III, précisez :

PRECISIONS SUR LE TRANSFERT

- **Température du nouveau-né à l'arrivée du SMUR sur le site de naissance :**
- **Éléments de prise en charge par le SMUR, veuillez précisez :**

PRISE EN CHARGE EN NEONATOLOGIE (1)

- **Alimentation du nouveau-né :** Prise de biberon Nécessité de gavage
- **Administration d'un traitement anticonvulsivant :**
En préventif Car présence de convulsions Non administré
- **Si convulsions :**
 - Délai de mise en route du traitement : ...
- **Autres éléments de la prise en charge thérapeutique, précisez :**

PRISE EN CHARGE EN NEONATOLOGIE (2)

- **EEG réalisée :** Oui Non
- **Si oui :**
 - Délai naissance – EEG :
 - Indications, précisez :
 - Résultats du tracé : Normal Modérément anormal Sévèrement anormal
- **EEG d'amplitude réalisée :** Oui Non
- **Si oui :**
 - Délai naissance – aEEG :
 - Indications, précisez :
 - Résultats du tracé : Normal Modérément altéré Sévèrement altéré
- **Classification de Sarnat :** EAI mineure EAI modérée EAI sévère

PRISE EN CHARGE EN NEONATOLOGIE (3)

- **Mise sous hypothermie thérapeutique (HT) :** Oui Non
 - Si oui, délai naissance – HT :
 - Si non, motif :
 - Durée de l'HT :
 - Motif de l'arrêt de l'HT :
- **Défaillance multi viscérale au cours des 3 premiers jours de vie :** Oui Non
- **Si oui :**
 - Anurie
 - Troubles de la coagulation
 - HTAP
 - Défaillance myocardique
 - Autre, précisez :

EVOLUTION DE L'ENFANT

- **IRM cérébrale réalisée :** Oui Non
- **Si oui :**
 - IRM normale
 - Atteinte des noyaux gris centraux
 - Atteinte corticale isolée
 - Atteinte cérébrale diffuse
- **Décès :**
 - Faisant suite à des soins palliatifs ? Oui Non
 - Si oui, **diapo SP à remplir**
 - Délai naissance - décès : jours ou heures
 - Lieu de décès (SDN, réa néonatal, autre) :

- **Autres éléments marquants, précisez :**

Cause du décès

- Cause fœtale ou néonatale déterminante de la mort :

- Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :

Recherche de la cause du décès

- Anatomopathologie placentaire réalisée :
 oui non
- Prélèvement bactériologique placentaire réalisée :
 oui non
- Autopsie réalisée : oui non
Si non, raison (en clair) :
- Caryotype foetal réalisé : oui non
- Imagerie foetale réalisée (radio, IRM) : oui non
- Réalisation d'une RMM en interne : oui non
- Déclaration ARS (instruction 2016): oui non

Codage PMSI versant néonatal si décès en SDN

- DP ou DAS :

- Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital

- Z38.1 Enfant unique, né hors d'un hôpital

- Z38.3 Jumeaux, nés à l'hôpital

- Z38.4 Jumeaux, nés hors d'un hôpital

- Z38.6 Autres naissances multiples, enfants nés à l'hôpital

- Z38.7 Autres naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital

- Présence d'un code inadapté (type P95) :

oui non

- Poids de naissance (en grammes)

oui non

- L'Age gestationnel (AG) est celui de la naissance (=AG à l'accouchement), en SA révolues

oui non

- Mode d'entrée :

- N naissance dans l'établissement ou en présence de l'équipe du SMUR

- 8 naissance hors établissement ou en maison de naissance

- Mode de sortie : par décès oui non