



FICHE DE DECLARATION EVENEMENT INDESIRABLE EN PERINATALITE
 Tout secteur d'activité : hospitalier (public, privé) - libéral – PMI...
 Références : HAS – EIG et instruction du 17/02/2017

A renvoyer par mail : sfcoord.rpca@orange.fr

DATE de déclaration :/...../ 20.....

Personne déclarant l'EI

NOM - PRÉNOM :

FONCTION :

LIEU EXERCICE :

Tél :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Cette fiche peut être utilisée par tout acteur en périnatalité quel que soit son secteur d'activité. Elle sera analysée par la coordination du RPCA qui vous contactera si besoin ainsi que les différents professionnels impliqués.

Cette analyse fera l'objet d'un retour à l'ensemble des différents professionnels impliqués.

Le RPCA ne se substitue pas aux établissements de santé. Il peut être sollicité dans le cadre de procédures qu'il a mises en place (ex procédure transfert) ou en appui méthodologique (ex RMM)

CARACTÉRISTIQUE DE L'INCIDENT

Transfert	<input type="radio"/> Transfert materno-foetal (TMF) <input type="radio"/> Transfert néonatale (TNN) <input type="radio"/> Transfert post partum (TPP)
Autre problématique liée à la prise en charge de la patiente et son nouveau-né dans sa globalité (psycho médico social) tout au long du parcours de soins PMA-IVG -IMG-grossesse-accouchement- naissance-post partum –collaboration ville hôpital...)	<input type="radio"/> PMA <input type="radio"/> IVG <input type="radio"/> IMG <input type="radio"/> Suivi de grossesse <input type="radio"/> Accouchement <input type="radio"/> Naissance <input type="radio"/> Post partum <input type="radio"/> Autre (préciser svp)

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

NOM-PRENOM	STRUCTURE - FONCTION	CONTACT (TEL +MAIL)
	/...../...../...../.....@.....
	/...../...../...../.....@.....
	/...../...../...../.....@.....
	/...../...../...../.....@.....
	/...../...../...../.....@.....

RESUMÉ de l'INCIDENT et PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE

Date de l'incident : ____ / ____ / 20 ____

Si transfert, heure de l'incident : ____ h

DEMANDE DE RMM RPCA oui non