**Annexe 2 : Fiche de déclaration « EAI »**



**Fiche de déclaration pour un nouveau-né ≥ 36 SA avec :**

Diagnostic ou suspicion d’encéphalopathie anoxo-ischémique

Ou décès néonatal de cause inconnue en per-partum, en salle de naissance ou en néonatologie avant 7 jours de vie

***Merci de transmettre cette fiche par mail ou par courrier au RSP de votre territoire :***

**Réseau Périnatal Lorrain**

10 rue du Dr Heydenreich **-** CS 74213

54042 Nancy Cedex

*Mail :* *rpl@chru-nancy.fr*

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

**ORIGINE DU SIGNALEMENT**

|  |
| --- |
|   Date de l’évènement : Nom du déclarant : Fonction :  Etablissement : Service :Téléphone où l’on peut vous joindre :Autre(s) structure(s) impliquée(s) :NOMS des professionnels à inviter pour l’analyse (tous établissements confondus : GO, AR, pédiatres, SF, échographistes…) :  |

**CARACTERISTIQUES DE L’EVENEMENT**

|  |
| --- |
| **Evénement indésirable grave ?** Oui [ ]  Non [ ] ***Définition HAS :*** *« Evénement inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d’un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ».**Les évènements indésirables graves doivent être déclarés à l’ARS : https://signalement.social-sante.gouv.fr* |

**CRITERES D’INCLUSION**

|  |  |
| --- | --- |
| **TERME ≥ 36 SA ?***Si oui, cochez le cas A, B ou C correspondant* | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |
| **CAS A : DIAGNOSTIC OU SUSPICION D’EAI***Diagnostic ou suspicion d’EAI si réponse « Oui » aux* ***questions 1 et 2*** *ou aux* ***questions 1 et 3*** *ci-dessous :* | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |
| **1. Signes d’asphyxie ante ou perpartum ?**  Si oui, cochez la situation a ou b de l’enfant ayant permis d’attester la présence d’une asphyxie : **Situation a** [ ] Biologie extrême au cordon ou dans la première heure de vie (pH ≤ 7,0 OU base déficit ≥ 16 mmol/l OU lactates > 11 mmol/l au cordon ou lors d’un prélèvement du nouveau-né pendant la 1ère heure de vie)**Situation b** [ ] Biologie non disponible mais présence d’au-moins un des critères suivants :- événement aigu périnatal1 - changement brutal du rythme cardiaque fœtal durant le travail2  - score d'Apgar ≤ 5 à 10 minutes - ventilation assistée initiée à la naissance et maintenue pendant au moins 10 minutes *1 Evènement aigu périnatal : éclampsie, choc maternel, hématome rétroplacentaire, procidence du cordon, rupture utérine, rétention tête dernière.**2Changement brutal du rythme cardiaque fœtal durant le travail : tracé à haut risque ou à risque majeur d’acidose selon la classification du CNGOF.* **2. Signes cliniques neurologiques constatés dans les trois premiers jours de vie ?** Si oui, veuillez spécifier la sévérité des signes neurologiques : Modérée [ ]  Sévère [ ] *Selon l’annexe 1 : Classification de Sarnat adaptée par Meau-Petit et al***3. Examen(s) complémentaire(s) en faveur d’une EAI ?**   Si oui, précisez : EEG [ ]  aEEG [ ]  IRM [ ]  | 1. Oui [ ]  Non [ ]  2. Oui [ ]  Non [ ] 3. Oui [ ]  Non [ ]   |
| **CAS B : DECES NEONATAL AVEC AUTOPSIE RÉVÉLANT UNE EAI***Décès de cause initialement inconnue avec EAI diagnostiquée à l’autopsie.* | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |
| **CAS C : DECES NEONATAL NON EXPLIQUE SURVENU AVANT 7 JOURS DE VIE** | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |

**CRITERES DE NON INCLUSION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Décès attendu et/ou soins palliatifs prévus en anténatal (avis CPDP)**  | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |

|  |
| --- |
|  |

**DESCRIPTION DE L’EVENEMENT**

|  |
| --- |
| **Résumé anonyme de l’histoire clinique :** |