



MORTALITÉ MATERNELLE — Ébauche de l'ensemble de données minimal_décembre 2021

RENSEIGNEMENTS MATERNELS											
Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Numéro de dossier médical									Numéro de dossier unique pour déterminer une période de soins obstétricaux.		
Prénom, second prénom et nom de famille	Prénom, second prénom et nom de famille	Zone de texte	X	X	X		OUI	NON	Prénom, second prénom et nom de famille de la mère.		Dossier de la patiente
Taille maternelle		Zone de texte pour la valeur et case à cocher pour l'unité de mesure (cm, pieds et pouces)	X	X	X	Pour le calcul de l'IMC avant la grossesse.	OUI	OUI	Taille maternelle en unités métriques ou impériales. Consignée en unités métriques.		Dossier de la patiente
Première mesure du poids maternel (en kg)		Zone de texte	X	X	X		OUI	OUI	Poids maternel au moment le plus près de la conception et pas plus tard qu'à 12 SA (en unités métriques).		Dossier de la patiente
IMC maternel avant la grossesse		Zone de texte et de calcul	X	X	X		OUI	OUI	IMC maternel avant la grossesse, défini par le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres		Dossier de la patiente

									(kg/m ²). Consigner l'IMC maternel avant la grossesse si disponible ou faire le calcul.		
Poids maternel à l'accouchement (en kg)		Zone de texte	X	X	X	Pour le calcul du gain de poids pendant la grossesse, mais pourrait être la seule valeur de poids disponible. Champ de données non obligatoire dans certaines provinces, donc pas nécessairement consigné et disponible.	OUI	OUI	Indique le poids maternel à l'accouchement (en unités métriques).		Dossier de la patiente
Quelle a été l'issue de la grossesse?	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance vivante • Mortinaissance • Interruption • Mort fœtale • Inconnue • Autre issue (veuillez préciser) 		X	X	X		OUI	OUI	Indique l'issue réelle de la grossesse, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions de grossesse et les morts fœtales.		Dossier de la patiente
Nombre de grossesses terminées après 22 SA (y compris cette grossesse)			X	X	X		OUI	OUI	Indique le nombre de grossesses s'étant terminées après 22 SA, y compris la grossesse actuelle.		Dossier de la patiente
Nombre de			X	X	X		OUI	OUI	Indique le nombre de		Dossier de la patiente

naissances vivantes (y compris pour cette grossesse)									naissances vivantes, y compris pour cette grossesse.		
Nombre de mortinaissances et/ou de morts fœtales tardives (y compris pour cette grossesse)			X	X	X			OUI	OUI	<p>Nombre total de grossesses précédentes s'étant soldées par une mortinaissance. La mortinaissance se définit comme un produit de conception pesant au moins 500 grammes ou résultant d'une grossesse d'au moins 20 SA et qui, après avoir été complètement expulsé, ne montre aucun signe de vie.</p> <p>L'interruption de grossesse intentionnelle qui répond à l'un ou l'autre de ces critères est également classifiée comme une mortinaissance dans certaines provinces et certains territoires.</p>	Dossier de la patiente
Nombre de césariennes précédentes (<i>en excluant cette grossesse</i>)			X	X	X			OUI	OUI	Nombre total de grossesses précédentes s'étant soldées par une césarienne à 20 SA+0 j	Dossier de la patiente

									ou plus. Le total exclut la grossesse actuelle. Les grossesses gémellaires et multiples comptent comme un seul accouchement.		
Ethnie maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Canadienne • Anglaise • Chinoise • Française • Indienne d'Asie • Italienne • Allemande • Écossaise • Crie • Mi'kmaq • Salish • Métisse • Inuite • Philippine • Irlandaise • Néerlandaise • Ukrainienne • Polonaise • Portugaise • Vietnamienne • Coréenne • Jamaïcaine • Grecque • Iranienne • Libanaise • Mexicaine • Somalienne • Colombienne 	Choix multiples (cocher toutes les réponses applicables)	X	X	X	Code et catégories du recensement canadien L' ethnie d'une personne renvoie à des facteurs culturels, dont la nationalité, la culture régionale, l'ascendance et la langue. [...] Il est possible d'avoir plus d'une ethnie , mais on ne peut appartenir qu'à une seule race , même s'il s'agit d'une « race mixte ».	OUI	OUI	<p>Veuillez cocher toutes les réponses applicables.</p> <p>L'objectif est de savoir si l'appartenance à une ethnie a influencé ou non la santé maternelle ou l'accès à des soins de santé acceptables.</p> <p>Rapport du fournisseur de soins : L'ethnie de la mère a-t-elle eu un effet négatif sur la santé maternelle avant ou pendant la grossesse? O/N/Indécis/Ne sais pas</p> <p>L'ethnie de la mère a-t-elle été un obstacle à l'obtention de soins appropriés? O/N/Indécis/Ne sais pas</p>	Dossier de la patiente, enquête confidentielle	



	<ul style="list-style-type: none"> • Autre ethnie (veuillez préciser) Inconnue 										
Race maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Noire (Africaine, Afro-Antillaise) • Asiatique de l'Est et du Sud-Est (Chinoise, Coréenne, Japonaise, Philippine ou descendance taïwanaise, Vietnamiennne, Cambodgienne, Thaïlandaise, Indonésienne, autre provenance) • Autochtone (Premières Nations, Métisse, Inuite) • Hispanique (Latino-Américaine, descendance hispanique) • Originaire du Moyen-Orient (Arabe, Perse, descendance d'Asie occidentale [Afghane, Égyptienne, Iranienne, Libanaise, Turquie, Kurde]) 	Choix multiples (cocher toutes les réponses applicables)	X	X	X	<p><i>Normes proposées pour la collecte de données et la production de rapports sur la santé fondées sur la race et l'identité autochtone au Canada</i></p> <p>https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/proposed-standard-for-race-based-data-fr.pdf</p>	OUI	OUI	Veuillez indiquer la race maternelle.	<p>La race se définit par les caractéristiques physiques d'une personne, comme sa structure osseuse et la couleur de sa peau, ses cheveux ou ses yeux.</p> <p>L'objectif est de savoir si la race a influencé ou non la santé maternelle ou l'accès à des soins de santé acceptables.</p>	Dossier de la patiente, enquête confidentielle



	<ul style="list-style-type: none"> • Asiatique du Sud (Indienne d'Asie, Pakistanaise, Bangladaise, Sri Lankaise, Indo-Antillaise) • Blanche (Européenne) • Autre race (veuillez préciser) • Inconnue 										
Âge à l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • 14 à 50 ans • Autre âge (veuillez préciser) 	Zone de texte	X	X	X		OUI	OUI	Âge maternel à l'accouchement (en années).		Dossier de la patiente
Conditions de logement	<ul style="list-style-type: none"> • Propriété • Location • Habitation à loyer modique • Personne vivant seule • Cohabitation avec un(e) partenaire • Cohabitation avec un parent • Personne en situation d'itinérance • Autres conditions de logement • Inconnues 	Choix multiples (cocher toutes les réponses applicables)	X	X	X		OUI	OUI		Le soutien social et le soutien familial ont-ils constitué un obstacle à l'obtention de soins appropriés? O/N/Indécis/Ne sais pas	Bases de données (ICIS, DIMR), enquête confidentielle

Code postal (3 premiers caractères)	<ul style="list-style-type: none"> TEXTE 	Zone de texte	X	X	X	<p>Peut définir les quintiles urbain, rural, de revenu, etc., lesquels peuvent être utilisés comme données pour déterminer le statut socioéconomique.</p> <p>Les calculs associés seront intégrés.</p>	OUI	OUI		<p>Données pour le rapport : L'emplacement géographique a-t-il eu des répercussions sur la santé ou l'accès aux soins de santé? O/N/Indécis/Ne sais pas</p> <p>Le revenu a-t-il eu des répercussions sur la santé ou l'accès aux soins de santé? O/N/Indécis/Ne sais pas</p> <p>Le statut socioéconomique a-t-il influé sur la santé ou l'accès aux soins de santé? O/N/Indécis/Ne sais pas</p>	Dossier de la patiente
Statut d'immigrante	<ul style="list-style-type: none"> Née au Canada Immigrante ayant obtenu le droit d'établissement Autre statut (veuillez préciser) <p>Pays d'origine (veuillez préciser)</p> <p>Nombre d'années depuis l'arrivée au Canada (veuillez préciser)</p>	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI		<p>Données pour le rapport : Le pays d'origine de la mère ou son statut d'immigrante ont-ils eu un effet négatif sur la santé maternelle avant ou pendant la grossesse? O/N/Indécis/Ne sais pas</p> <p>Le pays d'origine de la mère ou son statut d'immigrante ont-ils été des obstacles à l'obtention de soins appropriés? O/N/Indécis/Ne sais pas</p>	Dossier de la patiente, enquête confidentielle
Y a-t-il d'autres obstacles consignés au dossier qui ont eu un effet négatif	<ul style="list-style-type: none"> Oui Méconnaissance des systèmes de santé Soins de santé 	Choix multiples (cocher toutes les réponses)	X	X	X		OUI	OUI		Les nouvelles arrivantes pourraient avoir reçu des soins inadéquats ou de qualité insuffisante avant d'immigrer au Canada, ce qui aurait	Dossier de la patiente, enquête confidentielle ou couplage des données avec la



<p>sur la santé maternelle avant ou pendant la grossesse?</p> <p>Y a-t-il d'autres obstacles consignés au dossier qui ont eu des conséquences négatives sur l'accès à des soins appropriés?</p>	<p>limités avant l'arrivée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux inconnus de la patiente • Méfiance envers le gouvernement et les services • Lacunes linguistiques ou en littératie • Écarts culturels • Accès limité aux services d'un médecin • Manque de connaissances ou de compétences du professionnel de la santé • Situation financière précaire • Manque de disponibilité des services • En attente de soins • Couverture d'assurance inadéquate ou nulle • Autre obstacle (veuillez préciser) • Non 	<p>applicables)</p>													<p>entraîné un état de santé complexe et non géré. Elles pourraient aussi avoir vécu un traumatisme psychologique.</p> <p>Peu de médecins possédant les compétences linguistiques ou culturelles nécessaires acceptent de nouvelles arrivantes comme patientes dans certaines régions où leurs services sont requis.</p> <p>Le manque de connaissance du système de santé canadien peut rendre difficile l'accès à des soins de qualité pour les nouvelles arrivantes.</p>	<p>disponibilité des services, etc.</p>
---	---	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Ne sais pas 										
La mère a-t-elle des antécédents de consommation de substances psychoactives?	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Ne sais pas • Oui • Alcool • Nicotine • Opiacés • * Méthadone • Cocaïne ou crack • Cannabis • Méthamphétamines ou amphétamines (<i>speed</i>) • Médicaments d'ordonnance • Autre substance psychoactive (veuillez préciser) 	Matrice à choix multiples contenant les périodes avant et pendant la grossesse et le post-partum	X	X	X			OUI	OUI	<p>Consommation maternelle autodéclarée de substances psychoactives.</p> <p>Décrit la consommation de drogues illicites et l'usage inapproprié de médicaments d'ordonnance et en vente libre.</p> <p>Cannabis : Indique si la mère a consommé du cannabis ou en a essayé l'usage à tout moment pendant cette grossesse, comme inscrit dans son dossier médical. Le cannabis peut être fumé, vapoté, ingéré sous forme de gélule ou utilisé en application topique.</p> <p>Remarque : DONNÉE INCONNUE : On ne sait pas si la mère a consommé ou non du cannabis pendant cette grossesse. L'absence de cette donnée peut être due au fait que la</p>	Dossier de la patiente, enquête confidentielle

									mère a refusé de fournir de l'information sur son exposition au cannabis pendant la grossesse.		
Quelle était la fréquence de consommation de cette ou de ces substances psychoactives?	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque jour • Chaque semaine • Chaque mois • Autre fréquence (veuillez préciser) • Ne sais pas 	Matrice à choix multiples contenant les périodes avant et pendant la grossesse et le post-partum	X	X	X				Fréquence autodéclarée au moment le plus près de l'accouchement ou de l'hospitalisation.		
Quelle était la voie d'administration principale de la substance psychoactive?	<ul style="list-style-type: none"> • Injectée • Fumée • Vapotée • Ingérée (mangée ou bue) • Autre voie d'administration (veuillez préciser) • Inconnue 	Matrice à choix multiples contenant les périodes avant et pendant la grossesse et le post-partum	X	X	X				Voie d'administration de substances psychoactives autodéclarée par la mère au moment le plus près de l'accouchement ou de l'hospitalisation.		
En moyenne, quelle était la quantité consommée?	<p>Nicotine : ≤ 10 fois par jour, ≥ 10 fois par jour, arrêt, quantité inconnue</p> <p>Alcool : moyenne de verres par jour et de jours par semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres substances 	Matrice à choix multiples contenant les périodes avant et pendant la grossesse et le post-	X	X	X				Quantités autodéclarées au moment le plus près de l'accouchement ou de l'hospitalisation.		
									Consommation autodéclarée d'alcool pendant la grossesse : Un verre standard de		

	psychoactives : ZONE DE TEXTE	partum								boisson alcoolisée correspond approximativement à 12 oz de bière régulière (5 %), 5 oz de vin (12 %) ou 1,5 oz de spiritueux à 40 % d'alcool (SOGC, 2010). Si la quantité d'alcool consommée varie pendant la grossesse, estimer le nombre total de verres et en faire la moyenne sur toute la durée de la grossesse. Sélectionner la valeur qui représente l'exposition ou l'incidence la plus importante.	
Des troubles de santé mentale préexistants étaient-ils consignés au dossier?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble de santé mentale (veuillez préciser) ○ Durée du trouble de santé mentale ○ Ce trouble a-t-il fait l'objet d'un traitement pharmacologique? ○ Durée du 	Matrice à choix multiples contenant les périodes avant et pendant la grossesse et le post-partum	X	X	X		OUI	OUI	Indiquer tous les troubles de santé mentale préexistants consignés au dossier et toute information connue sur le traitement.	Dossier de la patiente, enquête confidentielle	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ traitement a-t-il été modifié pendant la grossesse? ○ La posologie a-t-elle été modifiée pendant la grossesse? ○ La patiente a-t-elle consulté un professionnel en santé mentale pendant la grossesse? ○ La patiente a-t-elle suivi le traitement? ○ Pour chaque question : <ul style="list-style-type: none"> ● Oui ● Non ● Indécis ● Ne sais pas 										
Pendant les rendez-vous de suivi prénatal, a-t-on interrogé la patiente au sujet	<ul style="list-style-type: none"> ● Oui ● Non ● Information non consignée au dossier 	Choix multiples	X	X	X		OUI	NON			Dossier de la patiente, enquête confidentielle

de violence dont elle aurait pu être victime?	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun rendez-vous de suivi prénatal • Ne sais pas 										
Des signes de violence infligée à la patiente ont-ils été consignés au dossier?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <ul style="list-style-type: none"> • Physique • Sexuelle • Verbale ou émotionnelle • Psychologique • Financière ou économique • Liée à la culture ou l'identité <ul style="list-style-type: none"> ○ Non ○ Indécis • Ne sais pas 	Matrice contenant les périodes avant et pendant la grossesse ainsi que l'enfance (veuillez cocher toutes les réponses applicables)	X	X	X		OUI	OUI	Autodéclaration de menace ou de cas réel de violence physique, sexuelle, psychologique, émotionnelle ou financière. Définitions (en anglais) https://reachma.org/6-different-types-abuse/		Dossier de la patiente, enquête confidentielle, rapport du coroner ou du médecin légiste, résumé de cas
S'agissait-il d'un cas de violence conjugale?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Ne sais pas <ul style="list-style-type: none"> ○ Indécis 		X	X	X		OUI	OUI	Autodéclaration du cas de violence conjugale.		Dossier de la patiente, enquête confidentielle, rapport du coroner ou du médecin légiste, résumé de cas
Le nourrisson a-t-il été pris en charge?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente, enquête confidentielle, résumé de cas

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉCÈS MATERNEL

Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Date du décès maternel	Mois, année	Menu déroulant	X		X		OUI	OUI	Date à laquelle est survenu le décès maternel (mois/année).		Dossier de la patiente
Heure du décès maternel		Menu déroulant	X		X		OUI	NON	Heure à laquelle est survenu le décès maternel.		Dossier de la patiente
Lieu du décès maternel	<ul style="list-style-type: none"> • À l'hôpital • À domicile • Autre établissement de soins de santé • Ambulance • Autre lieu (veuillez préciser) 	Choix multiples	X		X		OUI	OUI	Indique le lieu du décès maternel.		Dossier de la patiente
État gravide au moment du décès maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse arrêtée • Grossesse terminée • Décès pendant le travail ou l'accouchement 	Choix multiples	X		X		OUI	OUI	Indique si la patiente avait accouché ou non au moment du décès maternel ou si celui-ci est survenu pendant le travail ou l'accouchement.		Dossier de la patiente
Quelle était initialement la cause présumée du décès?		Zone de texte	X		X		OUI	OUI			Dossier de la patiente
Quelles étaient la ou les causes du		3 zones de texte	X		X		OUI	OUI	Énumérer la ou les causes du décès		Dossier de la patiente

décès indiquées sur le certificat de décès?									indiquées sur le certificat de décès.		
A-t-on réalisé une autopsie?	<ul style="list-style-type: none"> Oui <ul style="list-style-type: none"> L'autopsie a-t-elle été utilisée pour la codification des causes du décès? Si oui, quel code a été enregistré? Autopsie réalisée par le coroner, le médecin légiste, l'hôpital, une autre autorité? Non 	Choix multiples	X		X		OUI	OUI	Indiquer si une autopsie a été réalisée, par qui, et si elle a été utilisée ou non aux fins de codification des causes du décès. Indique le code des causes du décès.		Rapport du coroner ou du médecin légiste
Si une autopsie a été réalisée, quel était le diagnostic indiqué sur le certificat de décès?	Zone de texte	Zone de texte	X		X		OUI	OUI			Rapport du coroner ou du médecin légiste
Y a-t-il des renseignements pertinents liés à de quelconques lésions?	<ul style="list-style-type: none"> Oui <ul style="list-style-type: none"> Lésions accidentelles Meurtre Suicide <ul style="list-style-type: none"> Date Emplacement Lésions liées au transport Port de la ceinture de sécurité Accident de voiture Autre événement (veuillez préciser) Non 	Choix multiples	X	X	X						Dossier de la patiente, enquête confidentielle ou résumé de cas



RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT

Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Date de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> Mois, année Ne sais pas 	Zone de texte	X	X	X		OUI	OUI	<p>Indique la date de l'accouchement (mois/année).</p> <p>Meilleure estimation de la date d'accouchement déterminée par échographie ou par calcul mathématique au moyen de la règle de Naegele. Même date que la date prévue de l'accouchement (DPA). On peut aussi parler de date prévue de la naissance.</p>		Dossier de la patiente
Quel était le mode d'accouchement prévu?	<ul style="list-style-type: none"> Accouchement vaginal Césarienne Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	NON			Dossier de la patiente, enquête confidentielle
Quel a été le mode d'accouchement utilisé?	<ul style="list-style-type: none"> Accouchement spontané Accouchement vaginal assisté Césarienne : 	Choix multiples	X	X	X	Si la réponse est oui, passer aux questions suivantes pour poursuivre la ramification.	OUI	OUI	Précise si le travail a commencé spontanément, s'il a fait l'objet d'un déclenchement		Dossier de la patiente

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avant le travail ○ Après le début du travail ○ Pérимortem 								artificiel ou pharmacologique ou s'il n'a pas commencé avant la césarienne. Indique aussi quand la césarienne a été réalisée.		
A-t-on tenté de réaliser un accouchement par forceps?	<ul style="list-style-type: none"> ● Oui <ul style="list-style-type: none"> ● Accouchement par forceps réussi ● Échec de l'accouchement par forceps ● Non ● Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Indique le recours aux forceps.		Dossier de la patiente
A-t-on tenté de réaliser un accouchement par ventouse?	<ul style="list-style-type: none"> ● Oui <ul style="list-style-type: none"> ● Accouchement par ventouse réussi ● Échec de l'accouchement par ventouse ● Non ● Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Indique le recours à la ventouse.		Dossier de la patiente
Quel était le lieu prévu de l'accouchement?	<ul style="list-style-type: none"> ● Établissement de niveau 1 ● Établissement de niveau 2 ● Établissement de niveau 3 ● Centre de naissances ● À domicile ● Autre lieu (veuillez préciser) ● Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	NON	Lieu où la mère prévoyait d'accoucher au début du travail. En cas de césarienne planifiée, répondre « À l'hôpital ».		Dossier de la patiente, enquête confidentielle

À quel endroit s'est déroulé l'accouchement?	<ul style="list-style-type: none"> Établissement de niveau 1 Établissement de niveau 2 Établissement de niveau 3 Centre de naissances À domicile Ambulance Autre endroit (veuillez préciser) 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Lieu où la mère a accouché. En cas de césarienne planifiée, répondre « À l'hôpital ».		Dossier de la patiente
La césarienne était-elle disponible au lieu d'accouchement?	<ul style="list-style-type: none"> Oui Non 										Patiente connue du lieu d'accouchement?
La patiente a-t-elle été transférée à un moment ou un autre?	<p>À l'unité des soins intensifs ou à la charge d'un spécialiste?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui <ul style="list-style-type: none"> Quand? (date) Non Ne sais pas <p>Vers un établissement qui offre un niveau plus élevé de soins?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui <ul style="list-style-type: none"> Quand? (date) Non Ne sais pas 	Choix multiples, zones de texte	X	X	X		OUI	OUI	Indique s'il y a eu des transferts de soins.		Dossier de la patiente
La patiente a-t-elle été transférée par les services de santé d'urgence?	<ul style="list-style-type: none"> Oui Non Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente
L'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> Oui 	Cases à	X	X	X	.	OUI	OUI			Dossier de la patiente

s'est-il soldé par une mort fœtale en début de grossesse?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Meilleure estimation de l'âge gestationnel (veuillez préciser) <input type="radio"/> Grossesse ectopique <input type="radio"/> Avortement spontané <input type="radio"/> Interruption <input type="radio"/> Autre issue (veuillez préciser) <input type="radio"/> Date <ul style="list-style-type: none"> • Non 	cocher									
La patiente a-t-elle été en travail?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	Menu déroulant	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente
La patiente a-t-elle eu des rendez-vous de suivi prénatal?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Ne sais pas 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente
A-t-on eu recours au déclenchement artificiel du travail?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Le déclenchement fait référence au début du travail.		Dossier de la patiente
La patiente a-t-elle reçu une anesthésie?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Générale • Péridurale • Rachidienne • Analgésie rachipéridurale combinée • Autre anesthésie (veuillez préciser) 	Choix multiples (cocher toutes les réponses applicables)	X	X	X		OUI	OUI	Indique le type d'anesthésie utilisé (cocher toutes les réponses applicables).		Dossier de la patiente

	<ul style="list-style-type: none"> • Non 									
A-t-on réalisé des interventions chirurgicales (autres que la césarienne)?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <ul style="list-style-type: none"> • Intervention • Date et heure • Unité hospitalière • Issue • Réalisée par (zone de texte) • Non 	Menu déroulant	X	X	X		OUI	OUI	Indique les interventions chirurgicales réalisées, autres que la césarienne.	Dossier de la patiente
La mère a-t-elle reçu une transfusion de produits sanguins?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <ul style="list-style-type: none"> • Groupe sanguin de la patiente <ul style="list-style-type: none"> • Produits sanguins • Date et heure • Nombre d'unités • Réactions ou complications (veuillez préciser) • Non <ul style="list-style-type: none"> • Plasma frais congelé • Cryoprécipité 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	La mère a reçu du sang total ou un concentré de globules rouges pendant la grossesse (transfusion sanguine autologue). Nombre total d'unités de sang total ou de concentré de globules rouges administrées à la mère pendant la période ante partum de cette grossesse.	Dossier de la patiente
Qui était le professionnel le plus responsable au moment de l'accouchement (c.-à-d. la personne qui a signé le dossier de naissance)?	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille • Obstétricien-gynécologue • Sage-femme • Infirmière • Infirmière praticienne • Autre professionnel (veuillez préciser) • Sans assistance 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Indique quel fournisseur de soins de santé a accouché la patiente. Choisir une seule réponse. Ce champ s'adresse tant aux sages-femmes qu'au personnel hospitalier, selon le contexte	Dossier de la patiente

									d'accouchement. Si la personne qui a accouché la patiente n'est pas un fournisseur de soins de santé, choisir la réponse « Sans assistance ».		
Y a-t-il des incidents parmi les suivants qui ont eu lieu?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <ul style="list-style-type: none"> • État végétatif permanent • Arrêt cardiaque • Accident cérébrovasculaire • Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte • Coagulopathie intravasculaire disséminée • Syndrome HELLP • Œdème pulmonaire • Syndrome de Mendelson • Insuffisance rénale • Événement thrombotique • Septicémie • Ventilation nécessaire • Autres incidents • Non 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI	Sélectionner tous les incidents qui ont eu lieu pendant le travail ou l'accouchement.		Dossier de la patiente, certificat de décès



RENSEIGNEMENTS SUR CETTE GROSSESSE

Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Numéro de dossier médical		Zone de texte	X	X	X		OUI	NON			Dossier de la patiente
Les antécédents obstétricaux de la patiente sont-ils consignés au dossier?	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui • Nombre de grossesses terminées après 22 SA • Nombre de naissances vivantes • Nombre de mortinaissances et/ou de morts fœtales tardives • Nombre de césariennes précédentes 	Zones de texte pour inscrire les nombres	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente
S'agissait-il d'une grossesse gémellaire ou multiple?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Nombre de fœtus, y compris pour cette grossesse • Non 		X	X	X		OUI	OUI	S'il s'agissait d'une grossesse gémellaire ou multiple, indiquer le nombre total de fœtus, y compris pour cette grossesse.		Dossier de la patiente
Date de la dernière naissance vivante	<ul style="list-style-type: none"> • Zone de texte • Ne sais pas • s.o. 		X	X	X		OUI	NON			Dossier de la patiente

<p>La patiente a-t-elle eu recours à une technologie de procréation assistée?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui • Indiquer toute utilisation de médicaments visant à améliorer la fertilité • Type de technologie de procréation assistée : <ul style="list-style-type: none"> • Fécondation in vitro (FIV) • Insémination intra-utérine (IIU) • Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) • Nombre de cycles • Nombre d'embryons transférés • Nombre d'embryons en développement • Ne sais pas 	<p>Choix multiples avec menus déroulants et zones de texte</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		<p>OUI</p>	<p>OUI</p>	<p>Sélectionner le type de technologie de procréation assistée et fournir l'information sur le nombre de cycles et d'embryons.</p>		<p>Dossier de la patiente</p>
<p>Estimation de l'âge gestationnel à la naissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure estimation de la date prévue de l'accouchement • Ne sais pas 	<p>Menu déroulant (SA)</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		<p>OUI</p>	<p>OUI</p>			<p>Dossier de la patiente</p>
<p>Qui était le fournisseur de soins principal prévu pendant la grossesse, l'accouchement et la période</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obstétricien-gynécologue • Médecin de famille • Infirmière de santé communautaire • Sage-femme • Autre professionnel 	<p>Matrice à choix multiples</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		<p>OUI</p>	<p>OUI</p>			<p>Dossier de la patiente</p>

post-partum?	(veuillez préciser)										
Qui était le fournisseur de soins principal pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum?											
Des problèmes sont-ils survenus pendant cette grossesse? Pendant la période post-partum? Des problèmes étaient-ils survenus lors de grossesses précédentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui <ul style="list-style-type: none"> • Santé physique • Santé mentale • Problèmes d'ordre social <ul style="list-style-type: none"> • Veuillez préciser • Âge gestationnel, lorsque consigné • Ne sais pas <p>Problèmes pendant la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Événement thrombotique • Embolie amniotique • Pré-éclampsie • 3 avortements spontanés ou plus • Accouchement prématuré ou mort fœtale au deuxième trimestre • Placenta praevia hémorragique • Diabète gestationnel 	Matrice à choix multiples avec zone de texte pour cette grossesse, la période post-partum et les grossesses précédentes	X	X	X	Tiré des données du Royaume-Uni.	OUI	OUI	Sélectionner tous les problèmes ou complications maternels, y compris les problèmes ou complications préexistants et ceux diagnostiqués pendant la grossesse ou actifs pendant la grossesse ou le post-partum.	Dossier de la patiente	

	<ul style="list-style-type: none"> • Hématome rétroplacentaire important • Hémorragie post-partum nécessitant une transfusion • Psychose puerpérale • Dépression post-partum grave • Tentative de suicide • Mort néonatale • Mortinaissance • Bébé avec anomalie congénitale majeure • Hypotrophie néonatale • Hypertrophie néonatale • Nourrisson ayant besoin de soins intensifs • Intervention chirurgicale pendant la grossesse • Hyperémèse nécessitant une hospitalisation • Déshydratation nécessitant une hospitalisation • Syndrome d'hyperstimulation ovarienne • Infection grave (p. ex., pyélonéphrite) • Autre problème 										
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	(veuillez préciser)									
Pendant cette grossesse, y a-t-il eu des morbidités maternelles majeures?	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui <ul style="list-style-type: none"> • État végétatif permanent • Arrêt cardiaque • Accident cérébrovasculaire • Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte • Coagulopathie intravasculaire disséminée • Syndrome HELLP • Œdème pulmonaire • Syndrome de Mendelson • Insuffisance rénale • Événement thrombotique • Septicémie • Ventilation nécessaire • Autre morbidité (veuillez préciser) 	Matrice à choix multiples avec zone de texte	X	X	X		OUI	OUI	Sélectionner toutes les morbidités maternelles survenues pendant cette grossesse.	Dossier de la patiente
Cette grossesse a-t-elle été touchée par des problèmes de santé préexistants ou prénataux?	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension artérielle essentielle (non liée à la grossesse) • Néphropathie • Troubles 	Matrice des types de problèmes préexistants et prénataux	X	X	X	Tiré des données du Royaume-Uni.	OUI	OUI	Sélectionner tous les problèmes de santé maternels préexistants ou prénataux qui ont touché cette grossesse.	Dossier de la patiente

	neurologiques • Troubles endocriniens • Troubles hématologiques • Maladies auto-immunes • Maladie gastro-intestinale • Cancer • Maladie infectieuse (p. ex., VIH, tuberculose) • Troubles de santé mentale • Anxiété sociale • Stress émotionnel • Ne sais pas										
La patiente a-t-elle eu son congé de l'hôpital après l'accouchement et avant le décès?	• Oui • Non • Ne sais pas • N'a pas été hospitalisée										

RENSEIGNEMENTS SUR LE NOURRISSON

Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Détails au dossier	Numéro de dossier médical	Zone de texte	X	X	X		OUI	NON			Dossier de la patiente
Quel était l'état	• Naissance vivante	Choix	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la

du nourrisson au moment du décès maternel?	<ul style="list-style-type: none"> • Mort périnatale • Lésion ou complication périnatale <ul style="list-style-type: none"> • Date du décès • Cause principale du décès, comme indiqué sur le certificat de décès • Ne sais pas 	multiples									patiente, enquête confidentielle	
Poids à la naissance (g)		Zone de texte								Poids à la naissance en grammes.		
Y a-t-il eu d'autres complications majeures chez le nourrisson?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de détresse respiratoire • Hémorragie intraventriculaire • Entéocolite nécrosante • Encéphalopathie néonatale • Maladie pulmonaire chronique • Ictère grave nécessitant une photothérapie • Anomalie congénitale • Infection grave (p. ex., septicémie, méningite) • Exsanguinotransfusion 	Matrice	X	X	X		OUI	OUI			Dossier de la patiente	

CONCLUSIONS DU COMITÉ DE REVUE

Champ de données	Libellé	Format	MM	MMG	Données périnatales	Commentaires	Inscription au niveau provincial	Inscription au niveau national	Description	Signification des données	Source
Veuillez utiliser cette section pour indiquer tout autre renseignement qui vous semble important.	TEXTE	Zone de texte	X	X	X		OUI	OUI			
Quelle a été la conclusion du comité en ce qui concerne la cause du décès maternel?	Tableau indiquant le type de décès (liste d'options), la cause descriptive, le code CIM, l'intervalle, l'unité (minutes, heures, jours, etc.) Remarques sur le certificat de décès Remarques sur le rapport d'autopsie (description selon l'ordre chronologique des événements)	Zone de texte	X	X	X		OUI	OUI			
Le décès aurait-il pu être évité?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Indécis 	Choix multiples	X	X	X		OUI	OUI			