



COMITÉ DE REVUE  
DE MORTALITÉ MATERNELLE  
FORMULAIRES POUR LES  
EXAMINATEURS

Décembre 2021



## Formulaires récapitulatifs pour les examinateurs

Un processus complet de revue de mortalité maternelle doit comporter des notes d'une collecte exhaustive qui sont réunies dans un historique de cas aux fins de présentation au comité. Une fois les données et renseignements recueillis, on peut les utiliser pour remplir les formulaires.

Ces modèles sont conçus pour aider les membres du comité à rédiger une description de cas facile à imprimer afin de la présenter au comité.

Les champs avec un astérisque indiquent les renseignements de bases jugés essentiels pour les membres du comité lors de la revue d'un cas. Il faut remplir ces champs si les données sont disponibles. Si certaines données ne sont pas disponibles, il est conseillé de l'indiquer dans la section Note de l'examineur.

Il faut remplir le formulaire à partir de l'information disponible dans l'ensemble des sources.

Toutes les cases pertinentes doivent être cochées. Si l'espace pour répondre à une question est insuffisant, utiliser l'espace supplémentaire prévu à cet effet à la section 7.

Les dates doivent être indiquées en utilisant le format JJ/MM/AA et les heures, en utilisant le format sur 24 heures (p. ex. : 18:37).

Des listes (non exhaustives) sont fournies pour référence au cas où des codes ou des exemples seraient nécessaires.

***Si vous n'avez pas l'information nécessaire pour répondre à une question, veuillez l'indiquer à la section 7.***



## Table des matières

Formulaires récapitulatifs pour les examinateurs .....	1
Fiche d'identification de cas .....	3
Formulaire de description de cas abrégée.....	4
1.0 Détails sur la femme .....	4
2.0 : Antécédents obstétricaux .....	5
3.0 : Antécédents médicaux.....	6
4.0 : Grossesse concernée : .....	7
5.0 : Accouchement .....	8
6.0 : Issues.....	9
Section 6b : Nourrisson 1.....	10
7.0 : Autres renseignements : .....	11
8.0 : Signataire .....	11
9.0 Définitions.....	12
Rapport obstétrical local de revue de mortalité maternelle .....	0
1.0 : Soins prénataux.....	0
2.0 : Soins per partum.....	2
3.0 : Soins post-partum .....	3
4.0 : Leçons tirées .....	4
5.0 : Revue locale .....	4



## Fiche d'identification de cas

Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

### Date de décès\*

Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification de l'agence : \_\_\_\_\_

Comment le décès a-t-il été repéré? (Source principale)\* :

- Coroner, médecin légiste
- Code d'obstétrique de la CIM sur le certificat de décès
- Case « grossesse » sur le certificat de décès
- Couplage des données du certificat de décès et du certificat de naissance ou de décès fœtal
- Couplage des données du certificat de décès et des données de congé d'hôpital
- Établissement
- Nécrologie
- Médias sociaux
- Autre source
- Source inconnue

Préciser la source ou indiquer des sources supplémentaires : \_\_\_\_\_

Analyste principal : \_\_\_\_\_



## Formulaire de description de cas abrégée

### 1.0 Détails sur la femme

**Origine ethnique<sup>1\*</sup>** : (inscrire le code, consulter la section Définitions pour connaître les codes)

**Race<sup>1\*</sup>** : (inscrire le code, consulter la section Définitions pour connaître les codes)

**1.2 Est-ce que la femme est née au Canada?** Oui  Non  Ne sais pas

**Si non**, indiquer le pays de naissance.

---

**1.3 La femme est-elle citoyenne canadienne?** Oui  Non  Ne sais pas

**Si non**,

Indiquer la citoyenneté.

---

Depuis combien de temps était-elle au Canada avant son décès?

**Si < 24 mois**, indiquer le nombre de mois.

**Si ≥ 24 mois**, indiquer le nombre d'années.

Ne sais pas

*Veillez cocher une des cases suivantes*

Née au Canada  Résidente permanente   Autre (préciser) \_\_\_\_\_  
Ne sais pas

**11.4 Est-ce que la femme parle ou comprend l'anglais?** Oui  Non

**1.5 Situation de logement** : (Cocher toutes les réponses applicables)

Propriétaire  Locataire  Logement social

Habite seule  Habite avec un(e) partenaire  Habite avec un parent

Personne itinérante  Autre situation  Situation inconnue

**1.6 Taille de la mère** :  cm Inconnue



1.7 Premier poids maternel enregistré :  kg Inconnu

1.8 IMC avant la grossesse  Inconnu

1.9 Tabagisme : Jamais  Avant la grossesse  Pendant la grossesse   
Post-Partum  Inconnu

1.10 Est-ce que la femme avait des problèmes connus de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives?   
Oui   
Non   
Ne sais pas

**1.11 Violence conjugale :**

Cette femme a-t-elle été victime de violence conjugale avant la grossesse? Oui  Non  Ne sais pas

A-t-on reconnu la présence de violence conjugale pendant la grossesse? Oui  Non  Ne sais pas

Pendant le suivi prénatal, a-t-on interrogé la patiente au sujet de violences dont elle aurait pu être victime?

Oui  Non  Information non consignée  Aucun suivi prénatal  Ne sais pas

**1.12 Santé mentale**

La femme avait-elle un trouble de santé mentale? Oui  Non  Incertain  Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

---

---

---

1.13 La garde du nourrisson a-t-elle été retirée ou devait-elle l'être? Oui  Non  Ne sais pas

2.0 : Antécédents obstétricaux

2.1 Les antécédents obstétricaux sont-ils connus? Oui  Non



Si non, passer à la section 3.

<b>2.2 Grossesses précédentes</b>	Nombre de grossesses terminées après 22 SA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de naissances vivantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de mortinaissances et de morts fœtales tardives	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre de césariennes antérieures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

S'il s'agissait de la première grossesse, passer à la section 3.

**2.3 La femme a-t-elle des antécédents de problèmes de grossesse<sup>2\*</sup>?** Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

---

---

### 3.0 : Antécédents médicaux

**3.1 La femme avait-elle des problèmes de santé prénataux ou préexistants<sup>3\*</sup>?**

Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

---

---

**3.2 La femme a-t-elle déjà reçu un diagnostic relatif à la santé mentale?** Oui  Non

Incertain  Ne sais pas



Si **oui**, veuillez préciser.

---

---

---

---

---

Ces antécédents ont-ils été divulgués lors du premier rendez-vous? Oui  Non  Ne sais pas

#### 4.0 : Grossesse concernée :

4.1 Dernière date prévue d'accouchement (DPA<sup>4\*</sup>)? MM   AA   Inconnue

4.2 S'agissait-il d'une grossesse multiple? Oui  Non

Si **oui**, veuillez préciser le nombre de fœtus, y compris le bébé concerné.

4.3 La grossesse concernée résulte-t-elle de la procréation assistée ou de la FIV? Oui  Non   
Ne sais pas

4.4 La femme a-t-elle reçu des soins prénataux? Oui  Non  Ne sais pas

4.5 Où l'accouchement devait-il avoir lieu?

Établissement de niveau 1   Établissement de niveau 2   Établissement de niveau 3    
Centre des naissances  À la maison  Autre endroit (préciser) \_\_\_\_\_ Inconnu

4.6 Y a-t-il eu des problèmes pendant la grossesse concernée<sup>2\*</sup>? Oui  Non  Ne sais pas

Si **oui**, veuillez préciser.

---

---

---

---

---

4.7 Y a-t-il eu des problèmes post-partum à la grossesse concernée<sup>2\*</sup>? Oui  Non  Ne sais pas

Si **oui**, veuillez préciser.

---

---

---

---

---



## 5.0 : Accouchement

**5.1 La femme était-elle encore enceinte à son décès?**

Oui  Non

Si **non**, où a-t-elle accouché?

Établissement de niveau 1  Établissement de niveau 2  Établissement de niveau 3   
Centre de naissance  À la maison  Ambulance  Autre endroit (préciser) \_\_\_\_\_

**5.2 S'agit-il d'une perte de grossesse précoce?**

Oui  Non

Meilleure estimation de l'âge gestationnel :

Si **oui**, veuillez indiquer la cause de la perte. Grossesse ectopique  Avortement spontané   
Interruption  Autre cause

Si **autre cause**, veuillez préciser.

---

**5.3 Y a-t-il eu déclenchement artificiel du travail?**

Oui  Non

**5.4 La femme a-t-elle été en travail?**

Oui  Non

**5.5 Quel a été le mode d'accouchement?**

Spontané  Vaginal assisté  Césarienne

**S'il s'agit d'une césarienne, quand a-t-elle eu lieu?**

Avant le travail  Après le début du travail  Périmortem

**5.6 La femme a-t-elle déjà reçu une anesthésie?**

Oui Non

Si **oui**, indiquer les méthodes utilisées. Générale  Péridurale  Rachidienne   
Rachi-péridurale combinée

Autre méthode (préciser) \_\_\_\_\_



## 6.0 : Issues

### Section 6a : Femme

**6a.1 La femme a-t-elle été transférée aux soins intensifs?** Oui  Non  Ne sais pas

A-t-elle été transféré dans un établissement qui offre un niveau de soins plus élevé? Oui  Non   
Ne sais pas

**6a.2 Y a-t-il eu une morbidité maternelle majeure pendant la grossesse concernée<sup>5\*</sup>?**

Oui  Non  Si **oui**, veuillez préciser. \_\_\_\_\_ Inconnue

**6a.3 La femme a-t-elle eu son congé de l'hôpital après l'accouchement et avant le décès?**

Oui  Non  Ne sais pas  Jamais à l'hôpital

**6a.4 Quelles sont la date et l'heure du décès?** JJ  MM  AA  hh  mm

**OU** cocher si l'heure est inconnue.

Quelle était initialement la cause présumée du décès?

\_\_\_\_\_

Quelles sont la ou les causes du décès sur le certificat de décès?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A-t-on réalisé une autopsie?

Hôpital  Coroner ou médecin légiste  Autre  Non

**Si une autopsie a été réalisée**, quel est le diagnostic sur le certificat de décès?

\_\_\_\_\_

**6a.5 Où la femme est-elle décédée?**

Hôpital  Domicile  Autre établissement de soins  Ambulance   
Autre endroit \_\_\_\_\_



### Section 6b : Nourrisson 1

Remarque : S'il y a plus d'un nourrisson, remplir une section par nourrisson, soit en photocopiant la section vierge et en joignant les feuilles supplémentaires ou en téléchargeant des formulaires supplémentaires à partir du site Web.

**6b.1 Date et heure de l'accouchement** JJ  MM  AA  hh  mm

**OU** cocher si l'heure est inconnue.

**6b.2 Mode d'accouchement** Spontané  Siège  Ventouse  Forceps

Césarienne sans travail  Césarienne avec travail  Césarienne périmortem

**6b.3 Poids à la naissance (g)**

**6b.4 Quel était le statut du nourrisson au moment du décès maternel?**

Naissance vivante  Mort périnatale  Lésion ou complication périnatale  Inconnu

Si le nourrisson est décédé, indiquer la date du décès. JJ  MM  AA

**6b.5 Quelle est la principale cause du décès selon le certificat de décès?**

---

---

**6b.6 Y a-t-il eu d'autres complications majeures chez le nourrisson<sup>6\*</sup>?** Oui  Non

Si **oui**, veuillez préciser. \_\_\_\_\_



## 7.0 : Autres renseignements :

Veillez utiliser cette section pour indiquer tout autre renseignement potentiellement important.

## 8.0 : Signataire

Nom de la personne qui a rempli le formulaire : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Date d'aujourd'hui : JJ   MM   AA



## 9.0 Définitions

### 1. Codes d'origine ethnique

01. Canadienne
02. Anglaise
03. Chinoise
04. Française
05. Indienne
06. Italienne
07. Allemande
08. Écossaise
09. Crie
10. Mi'kmaq
11. Salish
12. Métisse
13. Inuite
14. Philippine
15. Irlandaise
16. Néerlandaise
17. Ukrainienne
18. Polonaise
19. Portugaise
20. Vietnamiennne
21. Coréenne
22. Jamaïcaine
23. Grecque
24. Iranienne
25. Libanaise
26. Mexicaine
27. Somalienne
28. Colombienne
29. Autre origine ethnique
30. Inconnu

### Codes de race

01. Noire (Africaine, Afro-Antillaise, Afrodescendante)
02. Asiatique de l'Est et du Sud-Est (Chinoise, Coréenne, Japonaise, Philippine ou ascendance taïwanaise, Vietnamiennne, Cambodgienne, Thaïlandaise, Indonésienne)
03. Autochtone (Premières Nations, Métisse, Inuite)
04. Hispanique (Latino-Américaine, ascendance hispanique)
05. Moyen-Orient (Arabe, Perse, ascendance d'Asie occidentale [Afghane, Égyptienne, Iranienne, Libanaise, Turque, Kurde, etc.])
06. Asiatique du Sud (Indienne, Pakistanaise, Bangladaise, Sri Lankaise, Indo-Caraïbienne)
07. Blanche (Européenne)
08. Autre race
09. Inconnue

### 2. Problèmes de grossesse (antécédents, post-partum ou grossesse concernée)

- Santé physique
- Santé mentale
- Stress social
- Stress émotionnel
- Événement thromboembolique
- Embolie amniotique
- Pré-éclampsie
- 3 avortements spontanés ou plus
- Accouchement prématuré ou mort fœtale au deuxième trimestre
- Placenta praevia hémorragique
- Diabète gestationnel
- Hématome rétroplacentaire important



- Hémorragie post-partum nécessitant une transfusion
- Psychose puerpérale
- Dépression post-partum grave
- Tentative de suicide
- Mort néonatale
- Mortinaissance
- Bébé avec une anomalie congénitale majeure
- Hypotrophie néonatale
- Hypertrophie néonatale
- Nourrisson nécessitant des soins intensifs
- Intervention chirurgicale pendant la grossesse
- Hyperémèse nécessitant une hospitalisation
- Déshydratation nécessitant une hospitalisation
- Syndrome d'hyperstimulation ovarienne
- Infection grave (p. ex. : pyélonéphrite)

### 3. Problèmes de santé prénataux ou préexistants

- Hypertension artérielle essentielle (non liée à la grossesse)
- Néphropathie
- Trouble neurologique
- Trouble endocrinien
- Trouble hématologique
- Maladie auto-immune
- Maladie gastro-intestinale
- Cancer
- Maladie infectieuse (p. ex. VIH, tuberculose)
- Trouble de santé mentale

### 4. Date prévue d'accouchement (DPA)

Utiliser la meilleure estimation (échographie ou date de la dernière menstruation) d'après la datation sur 40 semaines d'aménorrhée.

### 5. Morbidité maternelle majeure

- État végétatif persistant
- Arrêt cardiaque
  - Accident vasculaire cérébral
  - Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
  - Coagulopathie intravasculaire disséminée
  - HELLP
  - Œdème pulmonaire
  - Syndrome de Mendelson
  - Insuffisance rénale
  - Événement thrombotique
  - Septicémie
  - Ventilation nécessaire
  - Autre morbidité

### 6. Complications chez le fœtus ou le nourrisson

- Syndrome de détresse respiratoire
- Hémorragie intraventriculaire
- Entérocolite nécrosante
- Encéphalopathie néonatale
- Maladie pulmonaire chronique
- Ictère grave nécessitant une photothérapie
- Anomalie congénitale
- Infection grave (p. ex. : septicémie, méningite)
- Exsanguinotransfusion
- Autre complication

## Rapport obstétrical local de revue de mortalité maternelle

### Confidentialité

*NE PAS CONSERVER DE COPIES. NE PAS UTILISER LE NOM DE LA FEMME, DES MEMBRES DU PERSONNEL OU DE L'HÔPITAL DANS CE RAPPORT.*

Tous les membres du personnel ont l'obligation professionnelle de participer à cette enquête confidentielle. Le contenu du rapport doit être considéré comme hautement confidentiel. Aucune copie du matériel préparé précisément pour cette enquête ne doit être conservée par quiconque ni dans les dossiers hospitaliers ou les dossiers des autorités sanitaires locales ou provinciales.

Veillez décrire les événements entourant le décès de la femme avec le plus de détails possible de sorte que des leçons puissent être tirées de la situation afin d'améliorer les soins à l'avenir. La confidentialité est assurée, car tous les rapports ont été anonymisés avant l'évaluation finale. Veuillez donc vous exprimer librement et sincèrement tout en étant aussi informatif que possible.

Si l'espace est insuffisant, n'hésitez pas à joindre des feuilles supplémentaires. Si des membres débutants ont aussi participé aux soins, chacun d'entre eux doit remplir son propre formulaire; veuillez faire des copies du formulaire avant de le remplir ou visiter le [SITE WEB](#) pour en télécharger des copies supplémentaires. Tous les membres du personnel doivent signer et dater chaque formulaire et indiquer son titre professionnel.

### 1.0 : Soins prénataux

1.1 La femme a-t-elle été vue par un obstétricien pendant la période prénatale?    Oui     Non

Si non, expliquer pourquoi (p. ex., la femme a été jugée à faible risque) et passer à la section 2.

Si oui, continuer.



1.2 Veuillez résumer les soins prénataux.

1.3 Y a-t-il des circonstances sociales ou psychiatriques particulières à signaler concernant la femme?

Oui  Non

Si oui, préciser.



## 2.0 : Soins per partum

2.1 Qui a fourni les soins per partum? \_\_\_\_\_

A-t-il été nécessaire de consulter un autre fournisseur de soins? Oui  Non  Ne sais pas

Est-ce qu'il y a eu un transfert de soins à un autre fournisseur? Oui  Non  Ne sais pas

Qui a accouché la patiente? \_\_\_\_\_

Si non, expliquer pourquoi (p. ex., la femme a été jugée à faible risque) et passer à la section 3.

Si oui, continuer.

2.2 Veuillez résumer les soins per partum.



### 3.0 : Soins post-partum

3.1 Qui a fourni les soins post-partum? \_\_\_\_\_

La patiente a-t-elle dû consulter un autre fournisseur de soins? Oui  Non  Ne sais pas

Est-ce qu'il y a eu un transfert de soins à un autre fournisseur? Oui  Non  Ne sais pas

Si non, expliquer pourquoi (p. ex., la femme a été jugée à faible risque) et passer à la section 3.4.

Si oui, continuer.

3.2 Veuillez résumer les soins post-partum



#### 4.0 : Leçons tirées

##### 4.1 Avez-vous tiré des leçons de ce cas?

#### 5.0 : Revue locale

5.1 A-t-on réalisé une revue locale de ce cas? Oui  Non  Ne sais pas

Si non, pourquoi?

Signature : \_\_\_\_\_ Titres :

Nom en lettres moulées :

Date : jj/mm/aa