

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.

Veuillez 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