

Fiche de déclaration des HPP graves en 2011

Perte de sang > 1.5 L ou transfusions, ou échec du Nalador®, ou ballon IU, ou chirurgie
Grossesse ≥ 22 SA et PN ≥ 500 g

Déclarant Apposer le cachet professionnel ou noter les informations suivantes :

Nom déclarant Maternité

Coordonnées téléphoniques directes

Mail si non connu

Cachet professionnel si besoin

- **Date accouchement** - **Heure accouchement**
- Initiales du nom de la patiente
- Age de la patiente (âge dans l'année) ou date de naissance
- Date de début de grossesse ou terme à l'accouchement SA + jours
- Naissance (*entourer*) : singleton gémellaire triple - Mode d'accouchement (*entourer*) : Voie basse Césarienne

- **Heure début hémorragie +++**

- **Cause finale de l'HPP** (*entourer*) :

Cause utérine

Atonie utérine Rétention placentaire Rupture utérine Anomalie d'insertion placentaire
 Placenta accreta Autre cause utérine

Cause non utérine

Déchirure périnée (dont épisiotomie) Déchirure du col Thrombus vaginal
 Autre cause non utérine

- **Hémoglobine** avant accouchement g/dL Date

- **Pertes totales estimées** mL

Méthode de mesure (*entourer*) :

Sac de recueil Pesée des pertes Bocal d'aspiration Mesure subjective (au jugé)

- **Hémoglobine** la plus basse avant transfusion g/dL Date

- Si patiente transfusée, nombre de **CG** nombre de **PFC** nombre de culots **plaquettaire**s

- **Hémoglobine** à J1 si connue

- **Nalador®** (*heure d'administration*)

- **Exacyl®** (*heure d'administration*)

- **Gestes obstétricaux** (*entourer*) : DA RU Compression manuelle Examen sous valves

- **Actes pratiqués** (*entourer*) :

Ballonnet intra-utérin Suture du col Suture plaie vagin → *Heure début*

Chirurgie utérine → *Heure début*

B Lynch Ho Cho Ligature des hypogastriques Autres ligatures.....

Hystérectomie d'hémostase Autre chirurgie.....

Embolisation → *Heure début*

Autres actes pratiqués → *Heure début*

- **Médicaments particuliers** (*entourer*) : Fibrinogène Novoseven® Tachosil® Pabal®

- Patiente **surveillée** dans (*entourer*) :

= Bloc obstétrical Bloc chirurgical Salle de réveil Soins intensifs Réanimation

Autre lieu

- **Issue** (*entourer*)

Transfert de la mère dans une autre établissement (*lequel*)

Décès de la mère Séquelles (*lesquelles*)..... Bilan demandé

Date de sortie de la maternité