

<p>Revue de Mortalité et Morbidité maternelle régionale</p>	<p align="center">Fiche de signalement d'un décès maternel ou d'une hospitalisation en réanimation ou soins intensifs</p>	<p>Version 1</p>
<p align="center">Document à envoyer par mail à</p>		

Evénement
Survenu en cours de
grossesse ou dans
les 42 jours suivant
l'accouchement

- Décès maternel
- Séjour en réanimation
- Séjour aux soins intensifs
- Toutes situations à risque vital maternel

Déclarant :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Etablissement :

Date de déclaration :

Patiente :

Date de naissance : / _ / _ _ / _ _ _ _ /

Trois premières lettre du Nom : / _ / _ / _ /

Trois premières lettre du prénom : / _ / _ / _ /

Evénement :

DATE ET HEURE de survenue de l'évènement ¹ : **Le** : **à** : **H**.....

NATURE de l'évènement :

CONTEXTE :
